

**Universidade Aberta do SUS - UNASUS**  
**Universidade Federal de Pelotas**  
**Especialização em Saúde da Família**  
**Modalidade a Distância**  
**Turma 6**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria na Atenção à Saúde das Crianças de zero a setenta e dois meses na  
Unidade Básica de Saúde de Gramoré, Natal, Rio Grande do Norte.**

**Keiko Macêdo Kitayama**

Pelotas, 2015

**Keiko Macêdo Kitayama**

**Melhoria na Atenção à Saúde das Crianças de zero a setenta e dois meses na  
Unidade Básica de Saúde de Gramoré, Natal, Rio Grande do Norte.**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Curso de  
Especialização em Saúde da Família –  
Modalidade a Distância -  
UFPEl/UNASUS como requisito final  
para obtenção do título de Especialista  
em Saúde da Família.

Orientadora: Danyella da Silva Barreto

Pelotas, 2015

**Universidade Federal de Pelotas / DMS  
Catalogação na Publicação**

K62m Kitayama, Keiko Macêdo

Melhoria na atenção à saúde das crianças de zero a setenta e dois meses na Unidade Básica de Saúde de Gramoré, Natal, Rio Grande do Norte / Keiko Macêdo Kitayama; Danyella Da Silva Barreto, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

72 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família. 2.Atenção Primária à Saúde. 3.Saúde da Criança. 4.Puericultura. 5.Saúde Bucal. I. Barreto, Danyella Da Silva, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Gabriela N. Quincoses De Mellos CRB: 10/1327

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho a minha família pelo apoio e compreensão, aos meus pacientes pela confiança e a minha equipe pelo empenho e dedicação.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus por ter me dado saúde e força para superar as dificuldades.

A minha família pela compreensão e amor.

A Universidade de Pelotas pela oportunidade de fazer a especialização em Saúde da Família.

A minha orientadora Danyella Barreto, pelo suporte no pouco tempo que lhe coube, pelas suas correções e incentivos.

A todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigada.

## **Lista de Figuras**

- Figura 1: Gráfico 1 - Cobertura do programa de atenção à saúde da criança na UBS do Gramoré. Natal/RN, 2014.
- Figura 2: Gráfico 2 - Proporção de crianças com monitoramento do crescimento na UBS do Gramoré. Natal/RN, 2014
- Figura 3: Gráfico 3 - Proporção de crianças com monitoramento do desenvolvimento na UBS do Gramoré. Natal/RN, 2014
- Figura 4: Gráfico 4 - Proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida UBS do Gramoré. Natal/RN
- Figura 5: Gráfico 5 - Proporção de crianças colocadas para mamar na primeira consulta na UBS do Gramoré. Natal/RN, 2014
- Figura 6: Gráfico 6 - Proporção de crianças que receberam suplementação de ferro de 6-24 meses na UBS do Gramoré. Natal/RN, 2014
- Figura 7: Gráfico 7 - Proporção de crianças com vacinação atualizada na UBS do Gramoré. Natal/RN, 2014
- Figura 8: Gráfico 8 - Proporção de crianças que fizeram triagem auditiva na UBS do Gramoré. Natal/RN, 2014
- Figura 9: Gráfico 9 - Proporção de crianças que fizeram teste do pezinho na UBS do Gramoré. Natal/RN, 2014
- Figura 10: Gráfico 10 - Proporção de busca ativa de crianças faltosas na UBS do Gramoré. Natal/RN, 2014
- Figura 11: Gráfico 11 - Proporção de crianças com registro atualizado na UBS do Gramoré. Natal/RN, 2014
- Figura 12: Gráfico 12 - Proporção de crianças com avaliação de risco atualizada na UBS do Gramoré. Natal/RN, 2014

Figura 13: Gráfico 13 - Proporção de crianças que receberam orientação de prevenção de acidentes na UBS do Gramoré. Natal/RN, 2014

Figura 14: Gráfico 14 - Proporção de crianças que receberam orientação nutricional na UBS do Gramoré. Natal/RN, 2014

Figura 15: Gráfico 15 - Proporção de crianças 6-72 meses que receberam avaliação odontológica na UBS do Gramoré. Natal/RN, 2014

Figura 16: Gráfico 161 - Proporção de crianças 6-72 meses com primeira consulta odontológica na UBS do Gramoré. Natal/RN, 2014

## **LISTA DE ABREVIATURAS/SIGLAS**

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AIDPI – Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CD – Crescimento e Desenvolvimento

CEO – Centro Especializado Odontológico

ESF – Estratégia Saúde da Família

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS – Ministério da Saúde

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMS – Organização Mundial de Saúde

PROVAB – Programa de Valorização da Atenção Básica

SADT – Unidade de Apoio à Diagnose e Terapia

SBP – Sociedade Brasileira de Pediatria

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

UBS – Unidade Básica de Saúde

USF – Unidade de Saúde da Família



## SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	8
1. ANÁLISE SITUACIONAL .....	9
1.1. Texto inicial sobre a situação da ESF .....	9
1.2. Relatório da Análise Situacional .....	10
1.3 Comparativo entre o texto inicial e o Relatório de Análise Situacional .....	16
2. ANÁLISE ESTRATÉGICA.....	19
2.1. Justificativa da Intervenção.....	19
2.2 Objetivos .....	20
a. Objetivo Geral .....	20
b. Objetivos Específicos.....	20
c. Metas .....	21
2.3 Metodologia .....	24
2.3.1 Ações.....	24
Monitoramento e avaliação.....	24
Organização e gestão do serviço.....	25
Engajamento Público .....	26
Qualificação da Prática Clínica .....	27
2.3.2 Indicadores .....	28
2.3.3 Logística .....	34
2.3.4 Cronograma.....	37
3. RELATÓRIO DE INTERVENÇÃO.....	38
3.1 Ações previstas e desenvolvidas .....	38
3.2. As ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas .....	40
3.3. Aspectos e dificuldades relativos à coleta e sistematização dos dados .....	41
3.4. Análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço. ....	43
4. AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO .....	44
4.1 Resultados .....	44
4.2 Discussão .....	55
4.3. Relatório da intervenção para a comunidade.....	57

4.4 Relatório para gestores.....	59
5. REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE A INTERVENÇÃO .....	61
REFERÊNCIAS.....	63
ANEXOS .....	64
ANEXO A – FICHA ESPELHO (FRENTE).....	64
ANEXO B – FICHA ESPELHO (VERSO) .....	65
ANEXO C – PLANILHA DE COLETA DE DADOS.....	66
ANEXO D – DOCUMENTO DO COMITÊ DE ÉTICA.....	67

## RESUMO

KITAYAMA, Keiko Macêdo. **Melhoria na atenção à saúde das crianças de zero a setenta e dois meses na Unidade Básica de Saúde de Gramoré, Natal, Rio Grande do Norte.** 2015. 72f. Trabalho de Conclusão de Curso – Especialização em Saúde da Família. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

De acordo com o manual de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância 2012, a sobrevivência infantil é uma das principais questões pendentes que nos legou o século XX, assim, garantir um crescimento e desenvolvimento saudáveis a todos na infância é um objetivo que, já iniciado o século XXI, lhe deve estar indissolivelmente associado. No contexto da atenção primária em saúde, embora muitos avanços venham ocorrendo no tocante à redução da mortalidade infantil e ampliação da cobertura dos serviços de saúde, dois importantes desafios têm sido destacados: como melhorar a qualidade das intervenções de saúde e como alcançar as crianças mais desfavorecidas e garantir a longitudinalidade do cuidado. Nesse sentido, um adequado cuidado na promoção em saúde, especialmente com relação ao Crescimento e Desenvolvimento da criança nos dois primeiros anos de vida, é imprescindível para evitar agravos, como anemia, pneumonia, diarreia e desnutrição, as quais são as enfermidades que têm um expressivo peso no quadro de morbimortalidade na infância. A partir da realidade apresentada, o objetivo desta intervenção foi melhorar a qualidade do cuidado em Saúde da Criança de zero a 72 meses de vida na Unidade Básica de Saúde do Gramoré, em Natal, Rio Grande do Norte. Para isso, buscou-se a ampliação da cobertura, melhoria na adesão dos usuários ao programa de Saúde da Criança, melhoria na qualidade do atendimento ao usuário, melhoria no registro do atendimento realizado, realização da classificação de risco da população alvo, promoção da saúde e melhoria na qualidade de vida dos cadastrados no programa. Os métodos utilizados para alcançar os objetivos contemplaram os quatro eixos pedagógicos: Organização e gestão do serviço (cadastramento das crianças alvo, melhorando o acolhimento, garantindo o retorno agendado e realizando o devido registro nas fichas-espelho); Monitoramento e Avaliação (realização de avaliação clínica, solicitação de exames de triagem, avaliação do crescimento/desenvolvimento, avaliação nutricional, orientações sobre alimentação, prevenção de acidentes e prevenção de cáries e prescrição dos medicamentos da farmácia popular, bem como das vacinas para a faixa etária); Engajamento Público (rodas de conversa sobre saúde da criança, busca ativa das crianças faltosas, compartilhamento de saberes nas consultas) e Qualificação da Prática Clínica (capacitação da equipe a partir do protocolo de condutas do Ministério da Saúde, padronizar as consultas e registros dos dados, melhoria da saúde bucal ampliando o acesso e implantação de um protocolo padrão de condutas). Foram inseridas fichas de acompanhamento em todos os prontuários dos usuários avaliados. A maior beneficiada com esta intervenção foi a comunidade, que passou a frequentar a unidade assiduamente. As ações educativas durante os trabalhos de grupo focaram sempre nas idéias de prevenção e promoção, reforçando repetidamente a necessidade de um vínculo permanente entre usuário e unidade. Para isso, obtivemos resultados bastante satisfatórios: conseguimos uma cobertura total de 87 crianças (cerca de 35% das crianças da população alvo), com todos os atendimentos de alta qualidade de saúde, contemplando um olhar holístico sobre cada criança assistida. Melhoramos

significativamente o acolhimento, organizando a agenda, atendendo a um dos princípios básicos da atenção básica, o primeiro contato. Além disso, os nossos principais resultados foram: atingimos a meta de 93% no monitoramento do crescimento e desenvolvimento, 100% de atualização do cartão vacinal, 96% do uso do sulfato ferroso entre crianças de 6 meses a 2 anos de vida e 89% de crianças assistidas na saúde bucal. Apesar de todo o exposto, ainda possuímos inúmeros problemas, muitos usuários ainda têm dificuldades para agendamento, mas sem dúvida ocorreu uma melhora significativa. Ainda é necessário melhorar a atenção na saúde bucal, para a qual faltam equipamentos, materiais e resposta da gestão. Necessitamos de uma informatização dos dados, fundamental para planejamento de ações futuras e precisamos aumentar ações de grupo com a comunidade.

**Palavras-chave:** Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde. Saúde da Criança. Saúde Bucal. Puericultura.

## **APRESENTAÇÃO**

O presente trabalho refere-se a um projeto de intervenção o qual teve com principal objetivo melhorar a atenção à saúde de crianças de zero a 72 meses de vida na Unidade Básica de Saúde do Gramoré, em Natal, no Rio Grande do Norte.

O volume está dividido em cinco capítulos que discorrem sobre o desenvolvimento da intervenção.

No primeiro capítulo será descrita a Análise Situacional, com um texto escrito na terceira semana de ambientação do curso de Especialização em Saúde da Família, apresentando o município ao qual pertence à unidade em questão, bem como a descrição da unidade e uma análise do processo de atenção à saúde realizada nessa unidade. A seguir, o relatório da análise da situacional, apresenta o município e a atenção em saúde na unidade em questão.

No segundo capítulo, apresenta-se a Análise Estratégica, através do projeto de intervenção, com os objetivos, as metas, a metodologia, as ações, os indicadores, a logística e o cronograma da intervenção.

O terceiro capítulo, por sua vez, refere-se ao Relatório da Intervenção, o qual aborda todas as ações previstas e desenvolvidas durante a intervenção, as que não foram desenvolvidas, a coleta e sistematização dos dados, bem como a viabilidade da incorporação da intervenção na rotina do serviço.

O quarto capítulo apresenta os resultados obtidos e a discussão da intervenção, assim como o relatório da intervenção para a comunidade e para os gestores do município.

Por fim, o quinto e último capítulo, traz uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.

## **1. ANÁLISE SITUACIONAL**

### **1.1. Texto inicial sobre a situação da ESF**

A Unidade Básica de Saúde (UBS) da qual faço parte está situada na zona norte de Natal/RN, no bairro de Gramoré. Essa unidade possui quatro equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), subdivididas nas áreas 38, 39, 40 e 41.

Estruturalmente a UBS passou por recentes reformas, atendendo plenamente aos critérios necessários para a realização das atividades cabíveis a uma unidade de saúde. Porém, ainda persiste um ponto negativo na nossa estrutura porque o consultório médico possui duas portas opostas, dando acesso a dois corredores diferentes, um para entrada dos usuários e outro para a entrada dos funcionários. Esse fato é motivo de intercorrências durante os atendimentos, visto que, os funcionários principalmente os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), entram constantemente na sala, resultando em constantes interrupções do vínculo estabelecido com o usuário naquele momento. Uma maneira de resolver o problema é dialogando com os ACS para abordagem do médico apenas em situações de extrema importância, interrompendo o mínimo possível as consultas.

Com relação à equipe, faço parte da responsável pela área 39, a qual fui designada por sorteio. Posso dizer que tive muita sorte, pois esta é uma equipe completa e todos os integrantes são muito dedicados. Dentre eles destaco a participação ativa dos ACS, a competência e organização extrema da enfermeira e o sempre presente e prestativo odontólogo. Portanto, posso afirmar que em relação ao corpo humano que compõe a unidade não há nada que deixe a desejar.

Os grandes problemas encontrados na UBS do Gramoré estão relacionados ao acolhimento e agendamento de consultas. Isso ocorre pelo fato de nossa área não possuir médico há 9 anos, perpetuando assim o pensamento da medicina essencialmente curativa e da demanda livre, pensamento principalmente defendido pelo administrador da UBS. Após vários debates com o mesmo em reuniões semanais acabamos por constituir certas rotinas de atendimento à população. Assim, ficou

estabelecido que os ACS agendariam em suas microáreas as consultas para a população de acordo com o programa semanal estabelecido nas reuniões com um dia voltado para cada programa. Dividimos a semana em pré-natal, hiperdia, consulta de crescimento e desenvolvimento (CD), visita domiciliária e atendimento em clínica médica geral. Dessa forma, estamos diminuindo aos poucos com as extensas filas de demanda livre que se formam dentro da estrutura da UBS, organizando para que as consultas sejam agendadas e para que a população saiba exatamente quando será atendida.

Percebo que todas as equipes estão bastante empenhadas em resolver os problemas encontrados na população, praticando essencialmente a medicina preventiva, foco principal da atenção primária a saúde. Acredito, portanto, que com todas as equipes completas e comprometidas, a população, objeto principal de nosso trabalho, será extremamente beneficiada.

## **1.2. Relatório da Análise Situacional**

Falando especificamente da UBS do Gramoré, na qual realizo minhas atividades diárias, esta se encontra no Distrito Norte 1 do município de Natal e é composta de uma população de aproximadamente 11.700 usuários, distribuídos em quatro áreas para quatro equipes correspondentes, o que infere, em média, 3.000 usuários para cada equipe, correspondendo ao preconizado pelo Ministério da Saúde.

A unidade possui características de Estratégia Saúde da Família, cobrindo uma área predominantemente urbana, sem vínculos institucionais, exceto aqueles previamente pactuados com o município.

Pertenço à equipe da área 39, uma equipe que se encontrava há nove anos (até 2012) sem a presença de um profissional médico e que atualmente está completa com médico, enfermeira, odontólogo, agentes comunitários de saúde e auxiliares de enfermagem, o que permite a realização de ações mais eficazes. Ano passado, a minha equipe teve o privilégio de receber um médico do Provac, o qual teve a brilhante intervenção no Programa HiperDia, até hoje útil nas consultas dos usuários.

Minha equipe atende 2.904 usuários divididos em 918 famílias, distribuídos para cinco ACS. Conforme descrito na aba do caderno de ações programáticas, possuímos uma população em fase de transição demográfica, evoluindo com o aumento da expectativa de vida e diminuição na taxa de natalidade, em sintonia com a realidade da população brasileira.

O fato de esta equipe ter estado há tanto tempo sem um profissional médico inviabilizou ações realmente efetivas em nossa comunidade. O primeiro grande desafio encontrado foi o acolhimento, atendimento que não era anteriormente realizado de forma adequada. Lembrando aqui que o acolhimento é a relação mais importante estabelecida entre profissional-usuário, o primeiro contato em que os elos são constituídos e fortificados.

Após vários debates com o administrador da unidade em reuniões semanais acabamos por constituir certas rotinas de atendimento à população. Assim, ficou estabelecido que os ACS seriam responsáveis em agendar nas suas microáreas as consultas para a população de acordo com o programa semanal estabelecido nas reuniões com um dia voltado para cada programa. Dividimos a semana em pré-natal, hiperdia, consulta de crescimento e desenvolvimento, visita domiciliária e atendimento em clínica médica geral. Os usuários que procuram espontaneamente a unidade são ouvidos, avaliados e posteriormente agrupados nos blocos de atendimento.

Apesar de todos os esforços para que haja melhoria crescente no atendimento, percebo que a unidade de saúde ainda persiste com superlotação e os usuários passam muito tempo ociosos esperando as consultas e, muitas vezes, essa espera chega a quatro horas. Uma maneira acordada com os supervisores do Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB) foi a divisão das consultas em dois blocos de atendimento, um de 8-10h e outro das 10-12h. Assim, os usuários teriam mais tempo para resolverem seus problemas pessoais e passariam menos tempo na unidade sem serem atendidos e, conseqüentemente, o número de pessoas na unidade por horário reduz, o que proporciona maior conforto para os usuários e profissionais.

Estruturalmente a unidade possui dois corredores centrais, um para movimentação dos usuários e outro para a circulação dos funcionários, salas climatizadas com ar condicionado, piso antiderrapante, rampa para acesso de



deficientes físicos, corrimão e banheiro adaptado. Esses itens são raros nas Unidades de Saúde de nossa cidade.

Alguns outros itens importantes na estrutura da unidade que nós, infelizmente, não possuímos são as telas protetoras no expurgo e os depósitos de lixo. Estes são fundamentais por lidarmos com material contaminado, o que favorece a disseminação de doenças.

No momento, nossa maior carência é de insumos e materiais básicos para o atendimento ao usuário. Faltam luvas estéreis, material de sutura, material para hidratação venosa e medicamentos. Não tenho dúvidas de que essas deficiências só podem ser melhoradas com uma cobrança intensa perante os gestores, uma vez que é necessário financiamento para tal.

Apesar de nossa equipe estar completa, uma limitação muito grande reside na ausência de um trabalho multidisciplinar, uma vez que não dispomos do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Ressalto que profissionais como fisioterapeutas, nutricionistas, farmacêuticos e assistentes sociais contribuiriam significativamente na abordagem biopsicossocial do usuário.

Iniciando a avaliação dos blocos de atendimento pela puericultura, de acordo com os dados coletados na unidade, representando as quatro áreas, provenientes do relatório quadrimestral, têm 152 crianças menores de 01 ano registradas e acompanhadas, o que corresponde a 71% do total estimado, que seria de 214 crianças. Se considerarmos a subnotificação e a diminuição significativa da taxa de fecundidade a cada ano, há uma razoável cobertura, porém, longe do ideal acima de 90%.

Infelizmente, a maioria dos dados solicitados no caderno de ações programáticas não puderam ser preenchidos, dentre eles, o número de consultas de puericultura em dia da criança de acordo com o Ministério da Saúde, realização do teste do pezinho até o 7º dia de vida, realização da triagem auditiva neonatal e da primeira consulta da puericultura até o 7º dia de vida e orientação para prevenção de acidentes.

Apesar da deficiência de dados e de abordagem, alguns pontos importantíssimos são totalmente investigados, em 100% das crianças, dentre eles a avaliação e monitoramento do Crescimento e Desenvolvimento, orientação para o aleitamento materno exclusivo e se a vacinação da criança está em dia e foi administrada na idade

adequada. Outro fato interessante que ocorre em nossa UBS é que há pactuação entre as equipes de que ocorra uma primeira avaliação bucal da criança até os dois anos de idade.

Uma questão relevante, que considero a mais importante, é a ausência de grupos de mães voltados para o fortalecimento da consulta de puericultura, uma vez que esse momento propiciaria transmitir todas as informações indispensáveis de forma mais dinâmica, fora da rotina dos consultórios médicos, aumentando assim a adesão das mães ao andamento das consultas. Nesse sentido, apresento forte interesse em realizar uma atividade de intervenção do CD das crianças, com enfoque no Aleitamento Materno, com o objetivo de promover saúde, reforçar os benefícios do Aleitamento Materno Exclusivo, capacitar a minha equipe para técnicas adequadas e esclarecer mitos, entre outros.

Com a observação das necessidades de nossa unidade, precisamos evoluir de forma crescente para que haja melhoria na saúde das crianças da comunidade e que a cobertura esteja perto daquela considerada ideal. Considero que vários pontos necessitam ser aprimorados, de modo que necessitamos urgentemente rever o conceito da promoção e proteção da saúde da criança.

Fazendo uma análise da situação do Pré-natal e puerpério em nossa UBS, temos aproximadamente 115 gestantes cadastradas e acompanhadas durante o pré-natal e puerpério, o que representa 66% da população estimada. Considero a cobertura razoável, apesar de deixarmos de avaliar pontos importantes em nossa rotina diária como vacinação contra hepatite B, administração de sulfato ferroso conforme protocolo, realização de exames ginecológicos e saúde bucal.

No que se refere a consulta puerperal, esta é realizada em média de 30 dias após o parto, quando o ideal preconizado seria que essa consulta fosse realizada até o 7º dia pós-parto, até porque, são nesses primeiros dias que a puérpera necessita de maiores orientações tanto para ela quanto para seu bebê.

Ressalto que as ações desenvolvidas com as gestantes são insuficientes, uma vez que não possuímos uma abordagem específica para saúde mental e controle dos cânceres de colo uterino e mama. Além disso, não existem protocolos que direcionem

as ações de forma coordenada e coletiva por parte de toda a equipe, repercutindo em ações individuais e desordenadas por parte de cada membro da equipe.

Não há planejamento, gestão e coordenação do pré-natal, fato relacionado à deficiência da abordagem à gestante e puérpera.

Podemos concluir, dessa forma, que a atenção à mulher no ciclo gravídico puerperal em nossa unidade de saúde encontra-se em situação semelhante à puericultura, ou seja, as ações mínimas estão sendo realizadas, porém distante do que se é preconizado como uma abordagem ideal. Precisamos, portanto, de um protocolo simples, que seja um ponto de apoio para todos os membros da equipe de saúde e ações realizadas por eles, tanto na puericultura quanto na atenção à gestante e puérpera.

Em relação à prevenção do câncer de colo uterino e de mama, possuímos 2.635 mulheres entre 25 e 64 anos (aproximadamente), quando comparamos com os dados do IBGE, a cobertura é de 87%, visto que existem 3.042 mulheres nesta faixa etária que residem em nossa área de abrangência. Apesar dessa cobertura que considero elevada, não possuímos dados que permitam um controle efetivo, fundamental para que possamos estabelecer metas. Dentre eles cito o número de mulheres com exame citopatológico em dia, com mais de 6 meses de atraso ou alterado; mulheres que foram avaliadas quanto ao risco para adquirir câncer de colo uterino; mulheres com amostras satisfatórias e ou com células da junção escamo-celular.

A prevenção de câncer de mama encontra-se em situação semelhante à prevenção de câncer de colo uterino, já que possuímos aproximadamente 800 mulheres entre 50 e 69 anos cadastradas, de 971 estimadas, o que resulta em uma cobertura de 82%, uma boa cobertura, porém de qualidade questionável.

Como observado anteriormente, a ausência de um protocolo de atuação é constante, e não seria diferente nesses quesitos. Dessa forma, precisamos de um protocolo de controle do câncer de colo uterino e de mama para gerar indicadores que permitirão o estabelecimento de ações programáticas necessárias para a melhoria da qualidade do serviço.

Outro ponto a ser considerado é que, infelizmente, não possuímos profissionais que se dediquem à avaliação e monitoramento do programa de prevenção do câncer de

colo uterino e de mama, sendo as ações realizadas individualmente por parte de cada equipe.

A hipertensão e o diabetes são, sem dúvidas, dois dos maiores vilões para a saúde, considerando as morbidades que tais patologias acarretam, sendo responsáveis pela maior parte da lotação em emergências clínicas hospitalares.

Em nossa área existem 1.317 hipertensos cadastrados, quando o número estimado é de 2.466, ou seja, possuímos uma cobertura de 53%. O diabetes encontra-se em situação semelhante; temos 426 diabéticos cadastrados, de 704 estimados, resultando em uma cobertura de 60%. Avaliando esses números, estamos muito distantes do que é considerada uma cobertura adequada.

Após a implantação do projeto de Intervenção sobre o programa HiperDia pelo médico anterior da minha área, diria que a situação melhorou bastante. Antes, não havia busca ativa dos hipertensos e diabéticos e, somado ao não conhecimento da população sobre essas doenças, resultava numa baixa cobertura de atendimentos nos anos anteriores. Apesar da intervenção bem sucedida do colega médico para mudar essa realidade, ainda existe a necessidade de continuar a busca ativa, principalmente por parte dos agentes comunitários de saúde. Esse é um assunto bastante discutido em nossas reuniões, uma vez que, a falta dessa busca inviabiliza verificar os usuários faltosos ao retorno programado e compromete a qualidade da longitudinalidade do cuidado aos usuários com esse perfil.

Infelizmente, em nossa unidade de saúde não continuaram a ser realizadas atividades em grupo com os usuários hipertensos e diabéticos; possuímos apenas um grupo voltado para os idosos que, indiretamente, engloba muito dos usuários com essas doenças.

Em resumo, como pontos positivos que observei desde minha chegada à unidade de saúde, destaco o diagnóstico dessas doenças e adesão ao tratamento por parte dos usuários, assim como uma mudança no estilo de vida da população. Além disso, destaco a implantação de estratificação do risco cardiovascular com o projeto anterior.

No que diz respeito à saúde da pessoa idosa, temos 1.135 idosos cadastrados nas fichas A2, diante de 1.287 estimados pelo IBGE, totalizando uma cobertura de

88%. Esses números evidenciam que, quantitativamente, temos uma ótima cobertura de usuários nesta faixa etária. Porém, como já descrito anteriormente, estamos deficientes no que diz respeito à qualidade das ações voltadas para os idosos, o que torna a abordagem bastante incompleta.

Não possuímos uma equipe multidisciplinar na abordagem aos idosos, o que é imprescindível, uma vez que esta faixa etária mais específica necessita de uma abordagem mais complexa. Além disso, não possuímos a caderneta de atenção à pessoa idosa, uma deficiência que considero gravíssima, já que a presença desta nos guiaria para realização de um atendimento continuado mais intenso e organizado, permitindo o registro de dados e propiciando um maior controle contínuo sobre cada usuário.

Acredito que as ações de prevenção e promoção da saúde dos idosos, assim como a continuidade da assistência, são os principais pontos para a melhoria da qualidade de vida da nossa população e devem ser levados em consideração quando pensamos na redução dos graves problemas em nossa rede secundária e terciária, que sofre, principalmente com a superlotação.

### **1.3 Comparativo entre o texto inicial e o Relatório de Análise Situacional**

Este relatório abordará uma descrição das questões reflexivas abordadas nas semanas de ambientação e análise situacional, as quais foram fundamentais para o levantamento de dados e discriminação do perfil da minha UBS e, assim, servirem de base para traçar estratégias úteis que possamos realizar futuras intervenções, as quais serão convertidas em benefícios para a população adstrita. É com muita satisfação que tenho a oportunidade de finalizar essa primeira etapa, conhecendo um pouco mais a minha comunidade e aprimorando o cuidado com os usuários.

A UBS na qual estou inserida situa-se na zona norte da capital do estado do Rio Grande do Norte, na cidade de Natal. Esta cidade possui cerca de 800 mil habitantes e está dividida em 5 distritos sanitários, sendo eles: Distritos Norte 1 e 2, Distrito Sul, Distrito Leste e Distrito Oeste.

A rede municipal de saúde é composta de 147 unidades, sendo que 80 delas são públicas municipais, 10 estaduais, 4 federais, 6 unidades filantrópicas e 47 unidades

privadas contratadas. No que diz respeito às Unidades Básicas, o município possui 60 unidades distribuídas em todo seu território, dessas 35 são Unidades de Saúde da Família (USF), havendo um predomínio nos Distritos Norte 1 e 2 e no Distrito Oeste.

No que se refere aos demais níveis de complexidade, o município conta com 23 hospitais (11 privados, 2 federais, 6 estaduais, 3 filantrópicos e 1 municipal), 36 clínicas/ambulatórios (apenas 9 municipais), 18 Unidades de Apoio Diagnose e Terapia (SADT), 1 unidade de vigilância à saúde, 2 unidades mistas de saúde, 1 Serviço Móvel de Urgência (SAMU), 5 policlínicas e 1 casa de parto.

Dos serviços municipais especializados possuímos 2 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS II), 2 Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD II), 2 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS I), 1 ambulatório de saúde mental, 1 residência terapêutica, 1 centro de referência para saúde do trabalhador, 2 maternidades municipais, 3 Centros Especializados em Odontologia (CEO) especificamente o centro asa norte, Dr. Norton Mariz e o da cidade da esperança, com destaque para asa norte o qual contempla nossa população adstrita. A grande parte de exames complementares realizados nos centros clínicos, dentre eles o Asa Norte, Neópolis, Dr. José Carlos Pessoa e o de cidade da Esperança.

Refletindo de forma retrospectiva com relação à nossa UBS no momento em que chegamos quando fizemos nossa primeira avaliação até o momento atual com este relatório, fico feliz em dizer que melhoramos consideravelmente nosso acolhimento, reduzimos significativamente as filas de espera, permitindo um equilíbrio dinâmico na abordagem à nossa população. Sabemos da importância de tal objetivo, pois é no acolhimento que se estabelece o primeiro contato UBS e usuário e, sendo bem realizado, permite estabelecer relação sólida e continuada por parte da população. Vejo também, o quanto temos que melhorar para chegarmos a um patamar minimamente ideal.

Fazendo uma análise geral dos pontos abordados nas análises situacionais, assim como com o preenchimento do caderno de ações programáticas, tive a oportunidade de conhecer ainda mais o serviço no qual estou inserida e perceber as necessidades da comunidade. Nossa estrutura física é boa, a equipe é bem estruturada, porém ainda estamos muito longe daquilo que é considerado ideal.

Nossos programas de atenção precisam ser melhorados e a cobertura ampliada, para atendermos cada vez mais a demanda da população.

Senti a falta de um protocolo de ação, em todos os níveis de atenção, desde a saúde da criança até a saúde do idoso. Um protocolo de ação é de extrema relevância para se proporcionar um atendimento efetivo e eficaz, garantindo que a atuação por parte de todos os profissionais inseridos na unidade seja unificada e as ações possam ser avaliadas e revistas constantemente.

Nosso objetivo sempre estará focado na qualidade da atenção fornecida à comunidade para a melhoria na situação de vida dessas pessoas, focando na promoção da saúde, prevenção e reabilitação de doenças. As análises situacionais realizadas favorecem este objetivo na medida em que permitem o diagnóstico da situação de nossa Unidade Básica e dos serviços prestados por ela. Considero, portanto, que essas semanas foram bastante produtivas e me impulsionaram a buscar cada vez mais melhorias para os usuários.

## **2. ANÁLISE ESTRATÉGICA**

### **2.1. Justificativa da Intervenção**

A decisão de intervir na atenção a saúde da criança é cercada de imensos desafios e grandes trabalhos, pois, se fizermos um levantamento estatístico nos grandes hospitais gerais pelo país, perceberemos que boa parte dos usuários que procuram as emergências clínicas, direta ou indiretamente, possuem alterações fisiológicas decorrentes da ausência de ações preventivas e/ou acompanhamento do crescimento e desenvolvimento ou da carência na adesão do aleitamento materno exclusivo.

Como já relatado no manual Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) 2012, a sobrevivência infantil é uma das principais questões pendentes que nos legou o século XX, assim, garantir um crescimento e desenvolvimento saudáveis a todos na infância é um objetivo que, já iniciado o século XXI, lhe deve estar indissoluvelmente associado.

Baseado nesse pensamento, visando o adequado monitoramento do crescimento e desenvolvimento das crianças entre zero a 72 meses de vida, buscando realizar o controle e prevenção de doenças preveníveis e orientando na melhoria nutricional e esclarecendo as dúvidas de prevenção de acidentes, estaremos sendo agente modificadores na melhoria da qualidade de vida dessa população alvo, não somente ampliando a cobertura, mas também aprimorando a qualidade da assistência às crianças, o que é essencial na prevenção de agravos evitáveis.

A importância da implementação de um protocolo padrão para o seguimento e longitudinalidade das consultas de CD é, sem dúvida, melhorar a qualidade do cuidado, diminuir erros evitáveis, garantir a confiança dos pais com a equipe de saúde, desmistificar lendas sobre aleitamento materno, entre outros. Além disso, ressalta-se a forte preocupação com a primeira semana de vida da criança. Para isso, programa-se garantir uma visita domiciliar do agente de saúde ao binômio mãe e recém nascido no



contexto da família, para orientação de todos sobre o cuidado de ambos, se possível oportunizando tudo para uma mesma data: consultas para ambos, estimulando a presença do pai sempre que possível, apoio ao aleitamento materno, imunizações, coleta de sangue para o teste do pezinho, etc. Depois o objetivo é um acompanhamento cuidadoso do CD da criança pela equipe de saúde (inclusive com busca de faltosos), com um olhar biopsicossocial não só para a criança, mas também para as condições do contexto de saúde e de vida de sua mãe e família.

O que nos ajudará na implantação do nosso protocolo é a colaboração da minha enfermeira, que é muito comprometida e atualizada em saúde coletiva. Como também, contamos com a colaboração da minha tutora on line e do meu supervisor, para orientações e sugestões pertinentes ao longo das semanas que virão, bem como sabemos da importância e impacto da melhoria do atendimento global das crianças dessa faixa etária, motivo que é essencial para o seguimento do trabalho.

## **2.2 Objetivos**

### **a. Objetivo Geral**

Melhorar a atenção à saúde das crianças de zero a 72 meses de vida na Unidade de Saúde da Família de Gramoré, em Natal/RN.

### **b. Objetivos Específicos**

1. Ampliar a cobertura do programa de saúde da criança.
2. Melhorar a qualidade do atendimento.
3. Melhorar a adesão ao programa de Saúde da Criança.
4. Melhorar o registro das informações.
5. Mapear as crianças de risco pertencentes à área de abrangência.
6. Promover a saúde das crianças.
7. Ampliar a cobertura de atenção à saúde bucal da criança.
8. Melhorar a qualidade da atenção à saúde bucal dos escolares.
9. Melhorar a adesão ao atendimento em saúde bucal.

10. Melhorar o registro das informações.
11. Promover a saúde bucal das crianças.

### **c. Metas**

#### **Relativas ao objetivo de ampliar a cobertura do programa de saúde da criança:**

1) Ampliação da cobertura do programa de puericultura para 90% das crianças residentes no bairro de Gramoré, área 39, Natal RN..

#### **Relativas ao objetivo melhorar a qualidade do atendimento:**

2) 100% dos recém-nascidos com primeiro atendimento nos primeiros sete dias de vida;

3) 100% das crianças acompanhadas com crescimento e desenvolvimento monitorados;

4) 100% das crianças com baixo peso acompanhadas com crescimento e desenvolvimento monitorados;

5) 100% das crianças com excesso de peso acompanhadas com crescimento e desenvolvimento monitorados;

6) 100% das crianças com alteração do desenvolvimento neuropsicomotor acompanhadas com crescimento e desenvolvimento monitorados;

7) 100% de cobertura vacinal, de acordo com a idade e calendário vacinal no MS, para as crianças cadastradas;

8) 100% suplementação de sulfato ferroso, conforme preconizado pelo MS, dos seis aos 24 meses, para as crianças cadastradas;

9) 100% suplementação de vitamina A, conforme preconizado pelo MS, dos seis aos 59 meses, para as crianças cadastradas;

10) 100% de realização de triagem auditiva em tempo hábil para as crianças cadastradas;

11) 100% de realização do teste do pezinho nos primeiros sete dias de vida para as crianças cadastradas;

12) 100% avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos seis aos 72 meses para as crianças cadastradas;

13) 100% de realização da primeira consulta odontológica programática nas crianças entre seis aos 72 meses, cadastradas.

**Relativas ao objetivo de melhorar a adesão ao programa de Saúde da Criança:**

14) 100% de busca ativa às crianças faltosas às consultas de puericultura.

**Relativas ao objetivo de melhorar o registro das informações:**

15) Manter registro na ficha espelho de saúde da criança/vacinação em 100% das crianças que são consultadas no serviço.

**Relativas ao objetivo de mapear as crianças de risco pertencentes à área de abrangência:**

16) Realizar avaliação de risco em 100% das crianças cadastradas no programa.

**Relativas ao objetivo de promover a saúde das crianças:**

17) 100% das crianças/responsáveis recebendo orientações para prevenir acidentes na infância;

18) 100% das consultas de puericultura com observação da mamada.

19) 100% das crianças/responsáveis recebendo orientações nutricionais de acordo com a faixa etária;

20) 100% das crianças/responsáveis recebendo orientações sobre higiene bucal de acordo com a faixa etária.

**Relativas ao objetivo de ampliar a cobertura de atenção à saúde bucal da criança:**

21) 40% das crianças de 6 a 72 meses de idade residentes na área de abrangência da unidade de saúde e inscritas no programa Saúde da Criança da unidade com consulta odontológica programática realizada.

**Relativas ao objetivo de melhorar a qualidade da atenção à saúde bucal dos escolares:**

22) Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das crianças de 6 a 72 meses cadastradas no programa Saúde da Criança da unidade e pertencentes a área de abrangência.

23) Realizar a primeira consulta odontológica programática para 100% das crianças de 6 a 72 meses cadastradas no programa Saúde da Criança da unidade, pertencentes a área de abrangência e que necessitam de atendimento odontológico.

24) Concluir o tratamento dentário em 100% das crianças com primeira consulta odontológica programática.

**Relativas ao objetivo de melhorar a adesão ao atendimento em saúde bucal:**

25) Realizar busca ativa para 100% das crianças faltosas à primeira consulta odontológica programática;

26) Realizar busca ativa para 100% das crianças com primeira consulta odontológica programática faltosas às consultas subsequentes.

**Relativas ao objetivo de melhorar o registro das informações:**

27) Manter registro atualizado em planilha e/ou prontuário de 100% das crianças com primeira consulta odontológica programática.

**Relativas ao objetivo de promover a saúde bucal das crianças:**

28) 100% das crianças/responsáveis recebendo orientações sobre higiene bucal;

29) 100% das crianças/responsáveis recebendo orientação sobre dieta;

30) 100% das crianças/responsáveis recebendo orientações sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias para 100%.

## **2.3 Metodologia**

### **2.3.1 Ações**

#### **Monitoramento e avaliação**

- Monitorar o percentual de crianças que ingressaram no programa de puericultura na primeira semana de vida.
- Monitorar o percentual de crianças com avaliação da curva de crescimento.
- Monitorar o percentual de crianças com avaliação do desenvolvimento neuro-cognitivo.
- Monitorar o percentual de crianças que receberam suplementação de ferro.
- Monitorar o percentual de crianças com vacinas atrasadas.
- Monitorar o percentual de crianças com vacinação incompleta ao final da puericultura.
- Monitorar o percentual de crianças que realizaram triagem auditiva.
- Monitorar o percentual de crianças que realizou teste do pezinho antes dos 7 dias de vida.
- Monitorar a avaliação da necessidade de tratamento odontológico das crianças de 6 a 72 meses de idade, moradoras da área de abrangência.

O monitoramento da criança de 0 a 72 meses será realizado pelos profissionais de ensino superior (médico, dentista e enfermeiro) priorizando as crianças de 6 meses a 2 anos. Os dados serão registrados nas fichas-espelho, no prontuário e no cartão de vacinas da criança. Em geral, serão verificados peso, estatura e desenvolvimento neuro-psicomotor como parâmetros essenciais do seguimento adequado. Além disso, a depender da faixa etária, a criança será orientada sobre alimentação adequada, uso do sulfato ferroso, atualização vacinal e prevenção de acidentes.

## **Organização e gestão do serviço**

- Cadastrar a população de crianças entre zero e 72 meses da área adstrita através das fichas de cadastro impressas e os registros serão realizados no acolhimento pelos agentes de saúde.
- Priorizar o atendimento de crianças obedecendo ao princípio do SUS da equidade do serviço, garantindo que tanto aquela criança que procura à UBS com problemas agudos como a criança que não estava sendo acompanhada regularmente sejam atendida no mesmo turno. Como será realizado? O dia destinado ao atendimento das crianças, serão destinados 02 fichas de acolhimento para priorizar esse usuário com motivo de prioridade.
- A criança sai da consulta com retorno agendado.
- Garantir material adequado para realização das medidas antropométricas (balança e fita métrica). Já dispomos de balança do adulto e de balança para crianças menores de 2 anos. A aquisição da fita métrica será feita por recursos próprios da médica responsável pela intervenção.
- Ter versão atualizada do protocolo impressa e disponível no serviço para que toda a equipe possa consultar quando necessário.
- Garantir encaminhamento por fichas de referência para crianças com atraso no desenvolvimento para diagnóstico e seguimento. A criança deverá retornar à Unidade Básica de Saúde para trazer a Contra-Referência e garantir a continuidade do tratamento.
- Garantir com o gestor a disponibilização das vacinas e materiais necessários para aplicação.
- Garantir atendimento imediato a crianças que precisam ser vacinadas (porta aberta). Ou seja, todas as crianças que chegarem na unidade para atendimento ou procedimento podem se direcionar para sala de vacinas para realizar a atualização.
- Realizar controle da cadeia de frio, fazer adequado controle de estoque para evitar falta de vacina, realizar controle da data de vencimento do estoque. Todas

as funções contará com a responsabilidade da técnica de enfermagem da área 39.

- Organizar acolhimento das crianças de 6 a 72 meses de idade e seu familiar na unidade de saúde através da dentista, enfermeira e agentes de saúde; os funcionários são distribuídos por escala semanal.
- Agentes de saúde farão cadastro na unidade de saúde das crianças da área de abrangência de 6 a 72 meses de idade e nas visitas domiciliares.
- Oferecer atendimento prioritário às crianças de 6 a 72 meses de idade na unidade de saúde.

### **Engajamento Público**

- Orientar a comunidade sobre o programa de saúde da criança e quais os seus benefícios através de rodas de conversas, visitas domiciliares, pré-natal e consultas de rotina.
- Fazer busca ativa de crianças através dos agentes de saúde que não tiverem comparecido no serviço na primeira semana após a data provável do parto.
- Informar às mães sobre as facilidades oferecidas na unidade de saúde para a realização da atenção à saúde da criança.
- Compartilhar com os pais e/ou responsáveis pela criança as condutas esperadas em cada consulta de puericultura para que possam exercer o controle social.
- Informar aos pais e/ou responsáveis sobre como ler a curva de crescimento identificando sinais de anormalidade.
- Compartilhar com os pais e/ou responsáveis pela criança as condutas esperadas em cada consulta de puericultura para que possam exercer o controle social.
- Informar aos pais e/ou responsáveis sobre como ler a curva de crescimento identificando sinais de anormalidade.
- Informar aos pais e responsáveis as habilidades que a criança deve desenvolver em cada faixa etária. ar pais e responsáveis sobre o calendário vacinal da criança.
- Orientar pais e responsáveis sobre a importância da suplementação de ferro.

- Orientar pais e responsáveis sobre a importância da realização do teste auditivo e os passos necessários ao agendamento do teste
- Orientar a comunidade, em especial gestantes, sobre a importância de realizar teste do pezinho em todos os recém-nascidos até 7 dias de vida.
- Informar a comunidade sobre importância de avaliar a saúde bucal de crianças de 6 a 72 meses de idade .
- Informar a comunidade sobre atendimento odontológico prioritário de crianças de 6 a 72 meses de idade e de sua importância para a saúde geral, além de demais facilidades oferecidas na unidade de saúde.
- Todas as informações serão ofertadas e reforçadas através das consultas, no acolhimento, nas visitas domiciliares e rodas de conversa.

### **Qualificação da Prática Clínica**

- Médica da UBS fará a capacitação da equipe no acolhimento da criança, com base nas Políticas de Humanização e orientará sobre a implantação dos protocolos referentes à saúde da criança propostos pelo Ministério da Saúde.
- Capacitar a equipe sobre a saúde da criança e que informações devem ser fornecidas à mãe e à comunidade em geral sobre este programa de saúde.
- Enfermeira fará o treinamento das técnicas adequadas para realização das medidas.
- Padronizar a equipe.
- A enfermeira fará o treinamento para o preenchimento e interpretação das curvas de crescimento do cartão da criança.
- A médica irá capacitar a equipe para monitorar o desenvolvimento de acordo com a idade da criança.
- A enfermeira irá capacitar a equipe na leitura do cartão da criança, registro adequado, inclusive na ficha espelho, da vacina ministrada e seu aprazamento.
- A médica irá verificar se todos os profissionais de enfermagem da unidade de saúde estão aptos para realizar o teste do pezinho. Se não, o mesmo providenciar a capacitação.



- A dentista irá capacitar a equipe para realizar avaliação da necessidade de tratamento odontológico em crianças de 6 a 72 meses de idade.
- A enfermeira irá capacitar a equipe para realizar acolhimento das crianças de 6 a 72 meses de idade e seus responsáveis de acordo com protocolo.
- A médica irá capacitar a equipe para realizar cadastramento, identificação e encaminhamento crianças de 6 a 72 meses de idade para o serviço odontológico.

### **2.3.2 Indicadores**

Para avaliar se as ações realizadas na intervenção estão sendo eficazes e se as metas foram atingidas, utilizaremos indicadores para cada meta a ser alcançada, a saber:

Para avaliar se as ações realizadas na intervenção estão sendo eficazes e se as metas foram atingidas, utilizaremos indicadores para cada meta a ser alcançada, a saber:

**Indicador Meta 1:** Proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa da unidade de saúde.

Numerador: Número de crianças entre 0 e 72 meses inscritas no programa de Saúde da Criança da unidade de saúde.

Denominador: Número de crianças entre 0 e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

**Indicador Meta 2:** Proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida.

Numerador: Número de crianças inscritas no programa de Saúde da Criança da unidade de saúde com a primeira consulta na primeira semana de vida.

Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

**Indicador Meta 3:** Proporção de crianças com monitoramento de crescimento.

Numerador: Número de crianças que tiveram o crescimento (peso e comprimento/altura) avaliados.

Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

**Indicador Meta 4:** Proporção de crianças com déficit de peso monitoradas.

Numerador: Número de crianças com déficit de peso monitoradas pela equipe de saúde.

Denominador: Número de crianças com déficit de peso.

**Indicador Meta 5:** Proporção de crianças com excesso de peso monitoradas.

Numerador: Número de crianças com excesso de peso monitoradas pela equipe de saúde.

Denominador: Número de crianças com excesso de peso.

**Indicador Meta 6:** Proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento.

Numerador: Número de crianças que tiveram avaliação do desenvolvimento.

Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

**Indicador Meta 7:** Proporção de crianças com vacinação em dia de acordo com a idade.

Numerador: número de crianças com vacinas em dia de acordo com a idade.

Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

**Indicador Meta 8:** Proporção de crianças de 6 a 24 meses com suplementação de ferro.

Numerador: número de crianças de 6 a 24 meses que receberam ou que estão recebendo suplementação de ferro.

Denominador: Número de crianças entre 6 e 24 meses de idade inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

**Indicador Meta 9:** Proporção de crianças de 6 a 59 meses com suplementação de vitamina A.

Numerador: Número de crianças de 6 a 59 meses de idade que receberam as megadoses de vitamina A preconizadas.

Denominador: Número de crianças entre 6 e 24 meses de idade inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

**Indicador Meta 10:** Proporção de crianças com triagem auditiva.

Numerador: Número de crianças que realizaram triagem auditiva.

Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

**Indicador Meta 11:** Proporção de crianças com teste do pezinho até 7 dias de vida.

Numerador: Número de crianças que realizaram o teste do pezinho até 7 dias de vida.

Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

**Indicador Meta 12:** Proporção de crianças de 6 e 72 meses com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de crianças de 6 e 72 meses com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de crianças de 6 a 72 meses inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

**Indicador Meta 13:** Proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica.

Numerador: Número de crianças de 6 a 72 meses de idade da área de abrangência com primeira consulta odontológica programática realizada.

Denominador: Número total de crianças de 6 a 72 meses de idade da área de abrangência cadastradas no programa de Saúde da Criança da unidade de saúde.

**Indicador Meta 14:** Proporção de buscas realizadas às crianças faltosas ao programa de saúde da criança.

Numerador: Número de crianças faltosas ao programa buscadas.

Denominador: Número de crianças faltosas ao programa.

**Indicador Meta 15:** Proporção de crianças com registro atualizado.

Numerador: número de fichas- espelho com registro atualizado.

Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

**Indicador Meta 16:** Proporção de crianças com avaliação de risco.

Numerador: Número de crianças cadastradas no programa com avaliação de risco.

Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

**Indicador Meta 17:** Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre prevenção de acidentes na infância.

Numerador: Número de crianças cujas mães receberam orientação sobre prevenção de acidentes na infância durante as consultas de puericultura.

Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

**Indicador Meta 18:** Proporção de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta.

Numerador: Número de crianças que foram colocadas para mamar durante a primeira consulta de puericultura.

Denominador: Número total de crianças inscritas no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde

**Indicador Meta 19:** Proporção de crianças cujas mães receberam orientações nutricionais de acordo com a faixa etária.

Numerador: Número de crianças cujas mães receberam orientação nutricional de acordo com a faixa etária

Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

**Indicador Meta 20:** Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre higiene bucal de acordo com a faixa etária.

Numerador: Número de crianças cujas mães receberam orientação sobre higiene bucal de acordo com a faixa etária

Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Os indicadores utilizados para monitoramento de ações em saúde bucal são os seguintes:

**Indicador Meta 21:** Proporção de crianças residentes na área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica programática.

Numerador: Número de crianças de 6 a 72 meses de idade residentes na área de abrangência e inscritas no programa Saúde da Criança com primeira consulta odontológica programática.

Denominador: Número total de crianças de 6 a 72 meses de idade que residem na área de abrangência da unidade de saúde inscritas no programa Saúde da Criança da unidade.

**Indicador Meta 22:** Proporção de crianças de 6 a 72 meses com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de crianças de 6 a 72 meses com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de crianças de 6 a 72 meses inscritas no programa Saúde da Criança e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

**Indicador Meta 23:** Proporção de crianças de 6 a 72 meses com necessidade de atendimento e com primeira consulta odontológica programática.

Numerador: Número de crianças de 6 a 72 meses da área de abrangência com primeira consulta odontológica programática realizada.

Denominador: Número total de crianças de 6 a 72 meses inscritas no programa Saúde da Criança e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde que necessitam de atendimento odontológico.

**Indicador Meta 24:** Proporção de crianças com tratamento dentário concluído.

Numerador: Número de crianças de 6 a 72 meses residentes na área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica programática com tratamento dentário concluído.

Denominador: Número total de crianças da área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica.

**Indicador Meta 25:** Proporção de busca ativa realizada às crianças que necessitavam de primeira consulta odontológica programática e que faltaram.

Numerador: Número de crianças que necessitavam da primeira consulta odontológica programática que faltaram e foram buscadas.

Denominador: Número de crianças que necessitavam da primeira consulta odontológica programática e faltaram.

**Indicador Meta 26:** Proporção de buscas realizadas às crianças residentes da área de abrangência da unidade de saúde.

Numerador: Número de crianças faltosas às consultas e que foram buscadas.

Denominador: Número de crianças faltosas às consultas.

**Indicador Meta 27:** Proporção de crianças com registro atualizado.

Numerador: Número de crianças da área de abrangência da unidade de saúde com registro atualizado.

Denominador: Número total de crianças com primeira consulta odontológica.

**Indicador Meta 28:** Proporção de crianças com orientações sobre higiene bucal.

Numerador: Número de crianças com orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número total de crianças da área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica programática.

**Indicador Meta 29:** Proporção de crianças com orientações sobre dieta.

Numerador: Número de crianças com orientação nutricional.

Denominador: Número total de crianças da área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica programática.

**Indicador Meta 30:** Proporção de crianças cujos responsáveis receberam orientações sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias.

Numerador: Número de crianças cujos responsáveis receberam orientação sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias.

Denominador: Número total de crianças da área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica programática.

### 2.3.3 Logística

A logística de nossa intervenção se baseará no protocolo estabelecido pelo MS 2012, com ênfase no foco Saúde da Criança. Os nossos registros serão consolidados em três formulários:

- i. O primeiro, e mais importante, residirá nas informações colhidas e registradas nos prontuários de cada usuário atendido;
- ii. O segundo registro estará na ficha espelho Saúde da Criança, a qual será confeccionada por mim e pela enfermeira da equipe como padronização das consultas do público alvo. O prontuário não prevê a coleta de informações sobre acompanhamento de saúde bucal e dados relativos a classificação de risco da criança. Assim, para poder coletar todos os indicadores necessários ao monitoramento da intervenção, tanto eu como a enfermeira teremos que elaborar uma ficha complementar.
- iii. A terceira forma de registro contemplará um panorama geral. Para este último ponto será preenchida uma planilha com os dados dos usuários, que será alimentada, de forma multidisciplinar, juntamente com toda a equipe.

Infelizmente, não possuímos meios para que os dados sejam informatizados, porém, esses três registros permitirão, sem dúvida, uma adequada formatação de dados.

A análise situacional e a definição do foco já foram discutidos com a equipe da UBS. Assim, para iniciarmos com um bom embasamento teórico a nossa intervenção, estou programando a capacitação sobre o Manual de Protocolo de Saúde da Criança, do MS, publicado em 2012. Tal atividade ocorrerá na própria UBS, para isto serão reservado cerca de 2 horas do final do expediente no horário tradicionalmente utilizado para reunião de equipe (terça feira, turno vespertino).

Para acolher a demanda de intercorrências agudas na Saúde da Criança, estas serão priorizadas nas consultas disponíveis para Demanda Livre (terça e sexta, dois turnos). As crianças provenientes da busca ativa pelos ACS têm disponibilidade de 05 consultas reservadas por semana.

Acredito que a tarefa mais complicada será a monitorização dos indicadores. Para isso, faremos um balanço mensal para que possamos monitorar se as metas foram atingidas. Apesar de saber que o monitoramento deva ser realizado semanalmente, em uma intervenção com cerca de 12 semanas, precisamos de uma avaliação a cada 4 semanas para um panorama mais realista.



Para iniciar as atividades, devemos nos programar para realizar o contato com as crianças que ainda não compareceram à unidade para consulta de rotina, trabalho que será realizado pelos ACS, através de busca ativa. Assim, todos os usuários que comparecerem à consulta médica e de enfermagem terão os itens do protocolo e da planilha avaliados.

ATIVIDADES	SEMANAS											
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
Capacitação dos profissionais de saúde da UBS do Gramoré sobre o protocolo de Saúde da Criança pelo Ministério da Saúde												
Capacitação dos ACS para realização de busca ativa das crianças entre 0 a 72 meses faltosas												
Estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática												
Cadastramento de todas as crianças entre 0 a 72 meses da área adscrita												
Atendimento clínico ao público alvo da intervenção												
Busca ativa das crianças faltosas às consultas												

**2.3.  
4  
Cro  
nog  
ram  
a**

### **3. RELATÓRIO DE INTERVENÇÃO**

#### **3.1 Ações previstas e desenvolvidas**

A intervenção ocorreu na própria UBS de Gramoré e a população alvo foram crianças entre zero a 72 meses atendidas nas consultas de crescimento e desenvolvimento, bem como de saúde bucal.

O que de fato conseguimos programar de mais importante e fundamental para o serviço foi a adesão de um protocolo padrão nas consultas de crescimento e desenvolvimento das crianças entre 0 a 72 meses através do cadastro individual, monitoramento de risco e preenchimento das fichas-espelhos nas consultas. Tentarei resumir de forma geral como tudo ocorreu.

No início da intervenção, o cuidado maior foi contemplar o critério “Organização e Gestão do serviço” para uma eficaz familiarização dos profissionais de saúde com o projeto. Assim, foram realizadas reuniões na primeira semana com a minha equipe de saúde envolvendo a médica, a enfermeira, a dentista e 05 agentes de saúde para explanação, discussão da importância, explicação da necessidade desse tema para nosso serviço e esclarecimento de possíveis dúvidas. Nas reuniões ficou pactuado que iríamos realizar o cadastramento das crianças de 0 a 72 meses através das fichas espelho e os responsáveis por esse cadastro seriam os ACS. Além disso, ficou decidido que haveria prioridade do atendimento das crianças com problemas agudos com acesso pelas fichas de demanda livre no dia de acolhimento à da saúde da criança. Vale ressaltar que tivemos total autonomia nas decisões das nossas ações, de modo que, não houve reuniões para pactuação com as lideranças. O motivo foi que não houve alteração do cronograma de atividades da equipe, o que não comprometeu o cotidiano da UBS por causa desse projeto. Assim, as lideranças locais nos deram autonomia necessária para continuidade da intervenção sem intercorrências. Como já falado anteriormente, os retornos dessas crianças da população alvo já ficavam agendados de acordo com a indicação do profissional que atendeu.

Após essa semana inicial, os passos seguintes já foram colocar em prática a Intervenção propriamente dita, pois teríamos pouco tempo hábil (12 semanas). Para isso, utilizamos algumas formas de “Engajamento Público” através de educação em saúde na divulgação do nosso trabalho. Fizemos três rodas de conversa onde cada uma foi ministrada pela médica, enfermeira e dentista, respectivamente. Cada reunião contou com a presença de, no máximo, 10 mães e suas respectivas crianças, como também a equipe de saúde. As rodas de conversas tinha uma metodologia simples, de modo que o tema conseguisse fluir como uma conversa, com uma linguagem acessível à compreensão da população, constituindo um momento de forte vínculo, em que os profissionais se sentiam confortáveis para compartilhar saberes e as mães relatavam suas dúvidas e experiências. De recursos materiais, utilizamos apenas cartazes ilustrativos sobre os benefícios do aleitamento materno para enfatizar que essa era nossa principal mensagem a ser apoiada pelo projeto. Esses momentos de interação social foram fundamentais para as mães se sentirem seguras, melhorar a aceitação dessas novas consultas e abordagens e, também, promover a divulgação do trabalho. Na ocasião, fizemos um breve relato do motivo da escolha do tema, interagimos perguntando qual opinião da população sobre o tema, explicamos como seria o fluxo de atendimento e abordamos de forma geral a importância do acompanhamento precoce para a aceitação do aleitamento materno exclusivo, da realização dos testes de triagem neonatal, das orientações sobre alimentação, do monitoramento do crescimento e desenvolvimento, do uso de medicamentos para prevenção de doenças e da prevenção de acidentes. Infelizmente só fizemos esses três momentos, uma vez que, ao longo da intervenção houve as férias da dentista e da enfermeira, em períodos diferentes e a médica não encontrou tempo hábil na agenda de atendimentos para continuidade dessa atividade.

Dando continuidade, o que também de fato ocorreu no fluxograma do atendimento foi que a criança marcava a consulta através das agentes de saúde para qualquer profissional da unidade e, após ser atendida e preenchida o verso da sua ficha espelho, elas seguiam para finalização do cadastro dos dados pessoais e pregressos com as respectivas agentes de saúde. Isso foi fundamental para divisão de tarefas e de

responsabilidades, de modo que facilitou a adesão e continuidade do projeto sem sobrecarregar alguns profissionais.

Os usuários atendidos tanto pela médica como pela enfermagem estavam garantidos de receber consulta odontológica, ao menos para fins de orientação de escovação, já que boa parte dos recursos materiais básicos estavam em desuso por problema na esterilização dos mesmos. Com esse elo entre os profissionais de ensino superior, a adesão do usuário se tornou mais eficaz e a relação entre os profissionais se deu sem intercorrências.

As fichas espelhos utilizadas em cada consulta foram anexadas aos prontuários e os dados coletados ficaram armazenados na Planilha de coleta de dados e foram atualizados semanalmente para uma análise longitudinal do projeto e, por fim, chegar a uma conclusão (como está descrito mais adiante em “Resultado da Intervenção”). Com base nessas fichas, foi realizado o monitoramento da criança, onde se avaliava o peso/estatura para idade, o desenvolvimento neuro cognitivo, a situação do cartão vacinal, o uso de medicamentos, a realização dos testes de triagem e a necessidade de avaliação bucal. Ao final da consulta, traçava-se o perfil da criança, se era de risco (desnutrição, obesidade, atraso neurológico, vacinas desatualizadas, entre outros) ou não.

Vale ressaltar a facilidade de manuseio com as fichas – espelho. Nossa equipe não encontrou nenhuma dificuldade no registro dos dados e, além disso, melhorou muito a visualização do perfil de cada usuário, agilizando as consultas e direcionando de acordo com o monitoramento de risco. É uma excelente ferramenta que, sem dúvida, será aderida ao serviço da UBS Gramoré.

### **3.2. As ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas**

O que de fato não aconteceu durante o projeto foi a busca ativa das crianças da população alvo e dos faltosos às consultas. Infelizmente, os cinco agentes de saúde da área 39 estavam responsabilizados de fazer a re-territorialização da área adscrita no mesmo período da intervenção. Logo, essa obrigação diária desviou o foco do nosso projeto por parte deles e repercutiu na pequena contribuição dos ACS nesse quesito de

Engajamento Público. No entanto, mesmo assim, os profissionais de saúde sabiam dessa dificuldade e, para isso, reforçavam bastante a importância do retorno às consultas e a divulgação desse novo protocolo de condutas para seus vizinhos, para que estes procurassem o mais rapidamente a UBS.

Outro quesito que não foi contemplado foi garantir o adequado atendimento odontológico e monitoramento dessas crianças. O motivo maior foi a grande carência de materiais básicos para a consulta, principalmente, de materiais devidamente esterilizados já que a maior parte do tempo a máquina estava em manutenção. Logo, o que de fato ocorreu, foram apenas consultas de saúde bucal para indicação de extração dentária, orientar escovação bucal e presença de cáries e oclusopatias. Se a criança necessitaria de algum tratamento específico, seria contactada no futuro quando os materiais estivessem disponíveis.

### **3.3. Aspectos e dificuldades relativos à coleta e sistematização dos dados**

A coleta e sistematização dos dados foram bem contempladas, de fácil execução e registro. De forma geral, foi utilizado a Planilha de Coleta de dados (anexo C do apêndice) para devido registro das informações. Trata-se de uma planilha completa, didática, de fácil manuseio e com disponibilidade de cálculo automático dos indicadores necessários para avaliação da intervenção.

Assim, com todas essas facilidades, a sistematização dos dados ocorreu sem intercorrências e com eficaz ilustração da realidade de acordo com os gráficos que serão demonstrados nos resultados do trabalho.

Como já dito, os ACS se responsabilizaram pelo preenchimento da frente (anexo A do apêndice) de cada ficha espelho no cadastro das crianças e os profissionais de ensino superior (médica, enfermeira e dentista) preencheriam o verso (anexo B do apêndice) nas consultas. A ficha espelho garantia o registro adequado e direcionado da consulta, ficava anexada ao prontuário e contemplava os dados antropométricos de crescimento e desenvolvimento, dados de evolução neurológica, alimentação, vacinas e medicamentos em uso, avaliação de risco e prevenção de acidentes. Assim, a criança sempre era avaliada de forma global e com intenção preventiva.

No entanto, sabíamos que algumas dificuldades poderiam ocorrer ao longo das 12 semanas e, de fato, nos deparamos com elas. Todo começo é difícil, gera expectativas, mudanças no cotidiano e exige um empenho maior nas atividades. Assim, no meu caso não foi diferente. As principais dificuldades encontradas no início da intervenção foram relacionadas a adaptação da nova atividade na vida diária dos profissionais, tanto ASC, como enfermeiro e dentista. Como se tratava de um projeto de intervenção que necessita da participação adequada de todos os profissionais, eu tive que ter a responsabilidade e comprometimento de está monitorando-os na prática, para que a coleta de dados fosse satisfatória e o registro realizado adequadamente.

Uma segunda dificuldade foi com relação à carência de insumos. Nós não dispomos de máquina de cópias de fácil acesso na Secretaria Municipal de Saúde para garantir fichas-espelhos para todos os usuários. Sendo assim, a fim de dar continuidade ao projeto, tive que garantir esse material com recursos próprios. Por isso, adquiri pastas organizadoras, bloco de anotações e 100 cópias de ficha espelho para iniciar o cadastramento com o mínimo de material necessário.

Além disso, durante os meses do Projeto, houve falta de colaboração efetiva dos agentes comunitários de saúde, os quais já estavam envolvidos em outras atividades prévias. O que de fato ocorreu foi a busca ativa das crianças faltosas, com quase 100% de busca ativa nas poucas crianças que faltavam às consultas. No entanto, não houve busca ativa de novas crianças para ingressarem na nossa intervenção. O motivo maior foi que, coincidentemente, o administrador da UBS exigiu que os ACS realizassem a nova re-territorialização das áreas das 4 equipes, a fim de reorganizar o número de ACS de cada equipe. Por esse motivo, os ACS não se adaptaram devidamente ao novo cotidiano pois estavam mais engajados na cobrança dos gestor da UBS do que na busca de novas crianças.

Além disso, a falta de insumos e materiais básicos para a concretização das consultas odontológicas limitaram a integralidade do acesso à saúde.

### **3.4. Análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço.**

Porém, apesar desses obstáculos, registro minha satisfação em ver acontecer o que foi planejado. É muito gratificante ser um modificador positivo na saúde das crianças, de forma holística e com caráter preventivo, evitando as principais morbidades nessa faixa etária. Fico feliz que ao longo das 12 semanas de intervenção tantos resultados positivos foram alcançados.

Senti que a população tem apoiado positivamente esse projeto, pois a cada consulta as pessoas reconhecem que sempre há algo a melhorar no cuidado da criança, seja numa vacina atrasada, na falta de adesão da vitamina A, na importância do uso do sulfato ferroso, da prevenção de acidentes, dentre outros.

É bem possível a viabilidade que o nosso projeto de intervenção continue incorporado na rotina do serviço de saúde da UBS Gramoré por vários motivos. Primeiro, todos os profissionais participaram e colaboraram ativamente para acontecer o projeto, o que resulta no carinho e responsabilidade de manter o protocolo de condutas. Segundo, as fichas espelho e a coleta de dados pela planilha, já estão disponíveis atualmente em todas as consultas das crianças. Por serem ferramentas de fácil execução, contemplam de forma completa o que deve ser avaliado e que agilizam os atendimentos, foram bem recebidas pela gestão da diretoria local e, principalmente, pelos profissionais de saúde. Todos da equipe e da gestão entendem e compartilham da opinião que a continuidade do projeto é importante para um adequado seguimento da criança e na prevenção de agravos evitáveis.

O que precisamos melhorar é a busca ativa para ampliar a cobertura de crianças cadastradas e monitoradas para avaliação de risco e tentar, de acordo com a governabilidade de cada profissional, garantir material básico para as consultas odontológicas. A divulgação por rodas de conversa e o compartilhamento de saberes com a população, através do engajamento público, é fundamental para continuidade da intervenção para um permanente elo com a comunidade.



## 4. AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO

### 4.1 Resultados

Após 12 semanas de intervenção podemos visualizar o tão almejado resultado final. Antecipando, digo, com muito orgulho, que fizemos um ótimo trabalho em nossa Unidade Básica de Saúde (UBS) do Gramoré. Os resultados aqui apresentados serão apresentados de forma simultânea, tanto quantitativamente quanto qualitativamente, para cada item analisado em nossa intervenção.

Iniciando pela cobertura das crianças de 0 a 72 meses, foram abordados 87 crianças (de um total de 251), atingindo uma cobertura total de aproximadamente 35% como mostra a figura 1. As dificuldades encontradas durante a intervenção foram bem abordadas nos diários semanais, tendo como principais causas a falta de adesão de alguns usuários ao programa de acompanhamento e o fato de parcela importante da população possuir convênio com a assistência privada, negligenciando o acompanhamento na unidade de saúde.

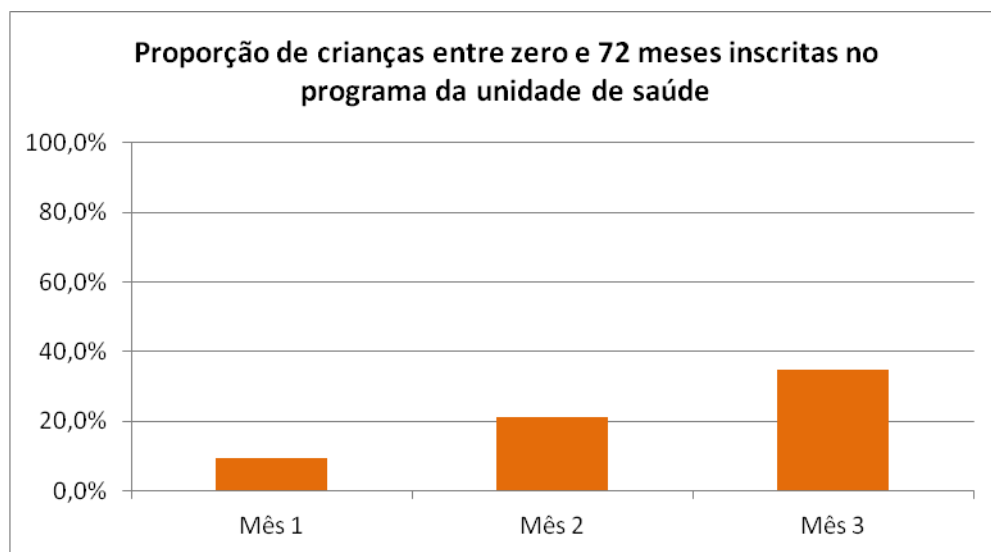


Figura 1. Gráfico 1 - Cobertura do programa de atenção a saúde da criança na UBS do Gramoré. Natal/RN, 2014.

Analisando os quesitos proporção de crianças com monitoramento do crescimento e desenvolvimento, obtivemos bons resultados, atingindo uma

porcentagem de cerca de 80% no primeiro mês (18 crianças) e alcançando 93% no terceiro mês (81 crianças) como mostra a figura 2 abaixo. Isso significa que, apesar das dificuldades encontradas, conseguimos manter uma boa porcentagem da longitudinalidade do cuidado à população alvo. Os questionários que respondemos ao longo do curso mostraram bem que não possuímos uma equipe multidisciplinar ampla, com acesso ao NASF, porém nada impediu boas orientações registradas e transmitidas nos trabalhos de grupo.

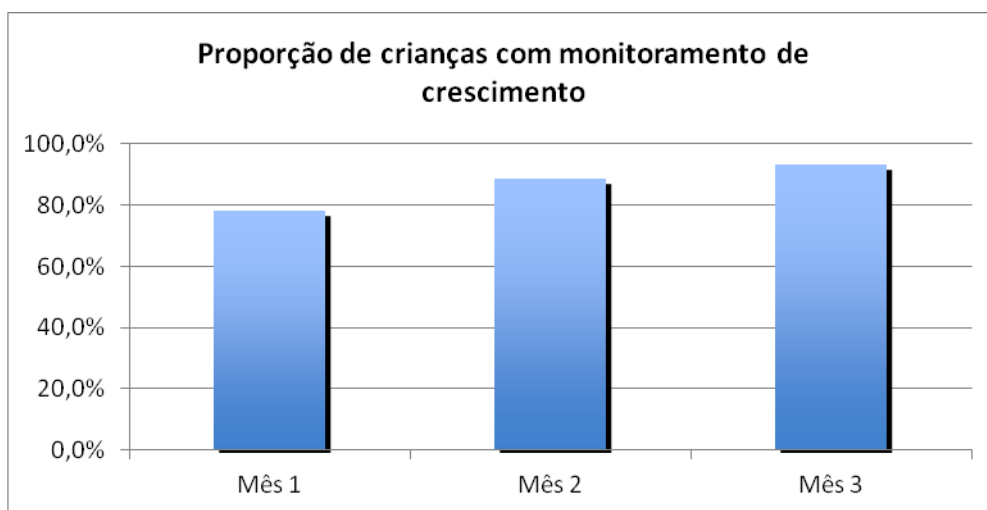


Figura 2. Gráfico 2 - Proporção de crianças com monitoramento do crescimento na UBS do Gramoré. Natal/RN, 2014

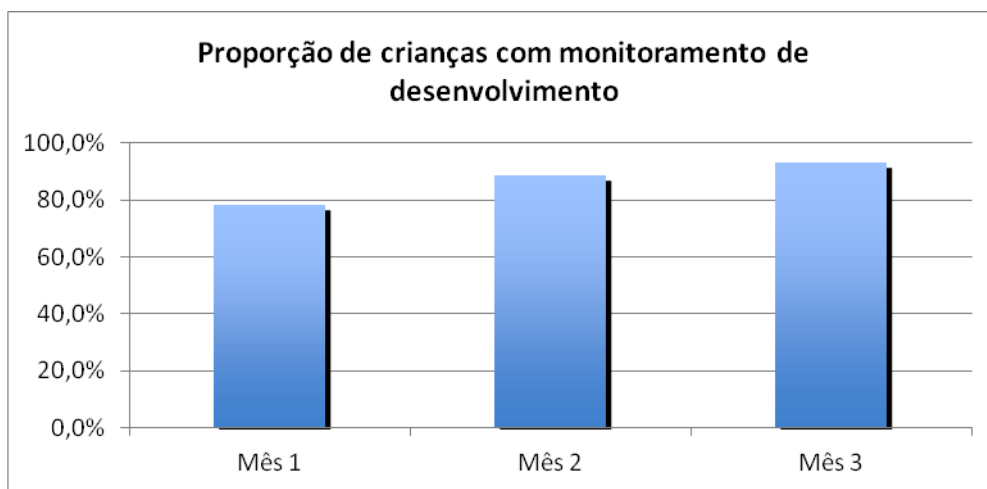


Figura 3. Gráfico 3 - Proporção de crianças com monitoramento do desenvolvimento na UBS do Gramoré. Natal/RN, 2014

Infelizmente, com relação as crianças atendidas na primeira semana de vida, não obtivemos resultados tão almejados (figura 4). No primeiro mês alcançamos 08 crianças o que correspondem a 34,8%, no segundo mês 14 crianças (26,5%) e no terceiro mês 26,3% que corresponde a 22 crianças. A meta aumentou no ultimo mês, mas mesmo assim não alcançamos. A explicação para essa baixa cobertura é a ausência de um protocolo antes da nossa intervenção, a falta de visita dos ACS nos primeiros sete dias, o uso dos planos de saúde por parte de alguns usuários e a falta de divulgação da priorização do atendimento. Por isso, as mães não sabiam ou não davam a devida importância da consulta na primeira semana de vida. As crianças que foram cadastradas foram atendidas por mim ou pela enfermeira, mas naqueles casos com crianças de mais de um mês de vida e que as mães relatavam que trouxeram seus filhos nos primeiros sete dias de vida, foram consideradas como bem assistidas e foram pontuadas positivamente na nossa avaliação.

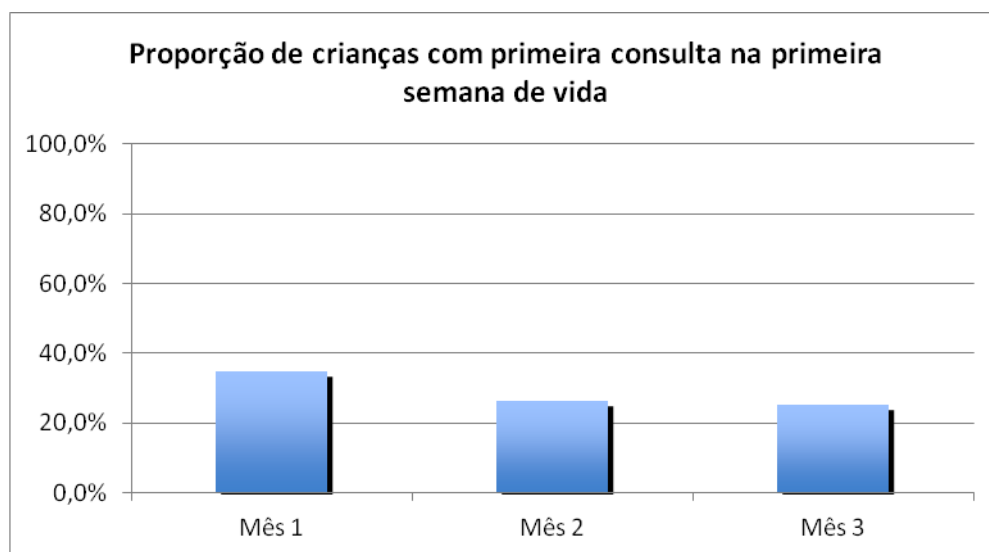


Figura 4. Gráfico 4 - Proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida UBS do Gramoré. Natal/RN 2014

A minha grande preocupação ao longo da Intervenção foi, sem dúvida, aumentar a adesão do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida. Porém, em virtude da ausência de uma boa assistência à saúde da criança nos anos anteriores, muitas delas não foram avaliadas para o sinal da pega (dados demonstrados no gráfico abaixo). Além disso, há pequena participação da população

alvo que eram acompanhadas em consultas privadas por convênios e não foi possível confirmar se tais crianças foram avaliadas quanto à amamentação. Apesar disso, fiz meu papel ao ter o cuidado de observar o sinal da pega nas consultas as quais acompanhei. Foram observadas um total de 21 crianças mamando ao longo dos três meses, o que correspondeu a 24,1% das crianças atendidas para a faixa etária recomendada, abaixo dos seis meses como mostra a figura 5. No entanto, pode haver um erro pela falta de registro dessa informação por não ser colocada rotineiramente no prontuário. De qualquer forma, essa era uma prática que durante minha intervenção foi introduzida como rotina na puericultura.

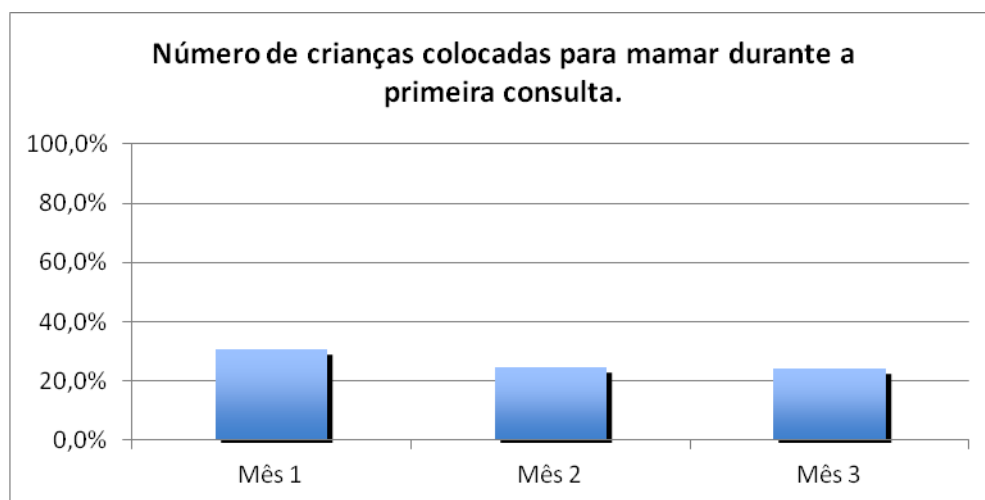


Figura 5. Gráfico 5 - Proporção de crianças colocadas para mamar na primeira consulta na UBS do Gramoré. Natal/RN, 2014

Com relação à prescrição de medicamentos da farmácia popular, atingimos a meta de 90% no primeiro mês, 94% no segundo mês e 96% no mês seguinte. Tal meta se justifica pela eficaz oferta do sulfato ferroso para as crianças de 6 meses até 2 anos de vida e das vacinas cadastradas pelo Ministério da Saúde (figuras 6 e 7). Já outros parâmetros que não se adequam a minha governabilidade, dependem basicamente de serviços do SUS, consultas médicas com especialistas e gestores, não obtivemos resultados tão satisfatórios (figuras 8 e 9). O único motivo para não alcançarmos os 100% de meta foi a falta de alguns usuários na faixa etária alvo às consultas médicas,

mas foram adequadamente avisados sobre a importância da prevenção da anemia ferropirva pelo agente de saúde responsável pela criança.

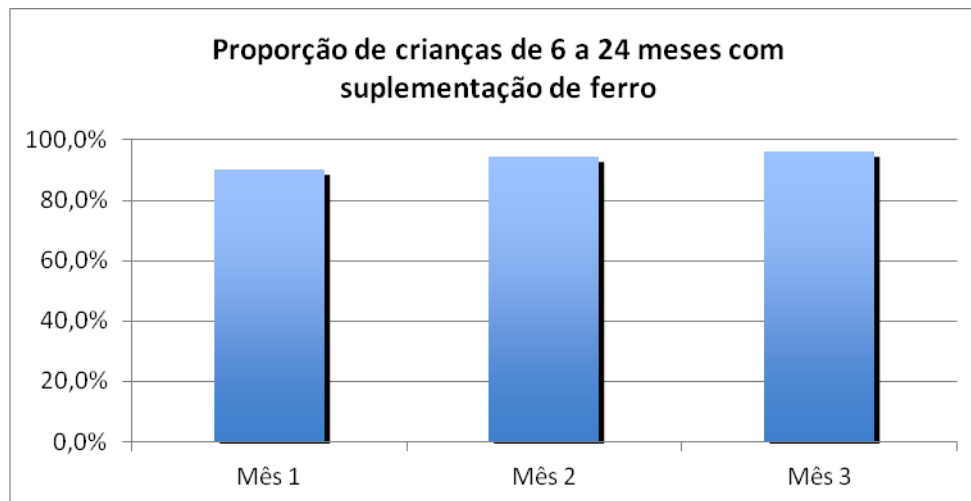


Figura 6. Gráfico 3 - Proporção de crianças que receberam suplementação de ferro de 6-24 meses na UBS do Gramoré. Natal/RN, 2014

Para a vacina somos “portas abertas”, ou seja, atendemos a demanda espontânea sem restrições, o que facilita a procura. Pelos dados, das crianças que foram atendidas, todas conseguiram atualizar seus cartões vacinais, até mesmo as faltosas às consultas em virtude da facilidade de acesso como mostra figura 7. A única criança no terceiro mês com cartão desatualizado foi uma criança que faltou a consulta por causa de um internamento hospitalar por pneumonia e ficamos de atualizar o cartão dela quando recebesse alta hospitalar.

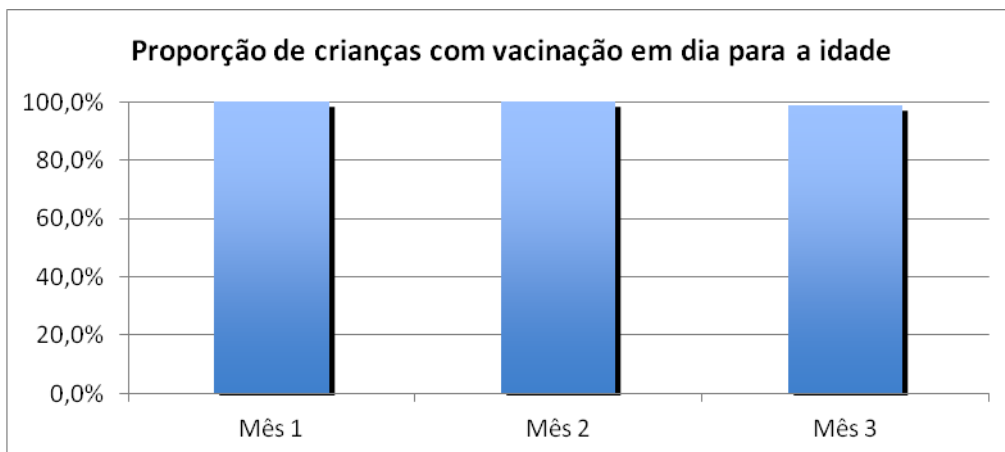


Figura 7. Gráfico 7 - Proporção de crianças com vacinação atualizada na UBS do Gramoré. Natal/RN, 2014

A triagem auditiva é realizada nos recém nascidos ainda no hospital antes da alta, o que foge à minha governabilidade de intervir para melhorar os índices. Apenas quando conseguíamos realizar a consulta na primeira semana de vida, solicitávamos o exame e orientávamos da necessidade e importância de realizar com até 28 dias de nascimento.

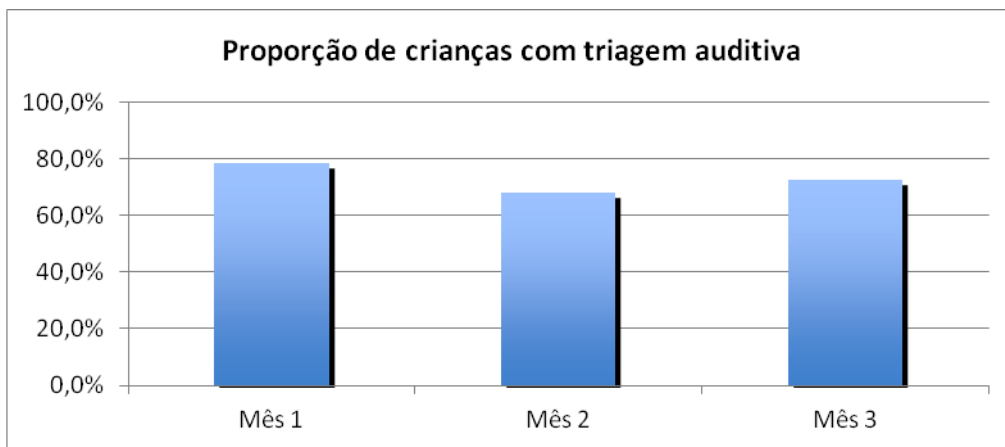


Figura 8. Gráfico 4 - Proporção de crianças que fizeram triagem auditiva na UBS do Gramoré. Natal/RN, 2014

O teste do pezinho é realizado na minha unidade, mas nem sempre na primeira semana como é priorizado, pois algumas vezes quando as mães chegam na unidade. Mesmo assim, das crianças cadastradas, um bom percentual foi submetida a essa

triagem. Necessita-se de mais esforços e cobrança dos gestores, para melhorarmos essa meta.

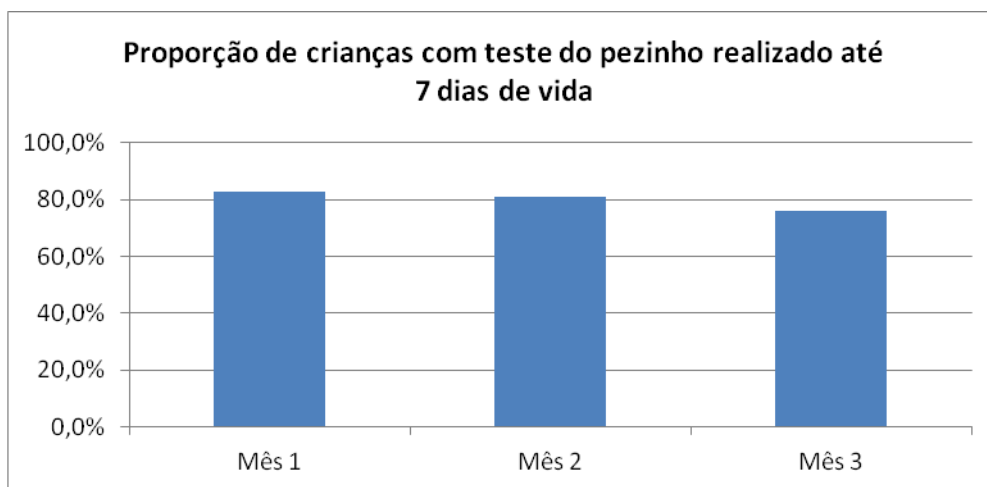


Figura 9. Gráfico 5 - Proporção de crianças que fizeram teste do pezinho na UBS do Gramoré. Natal/RN, 2014

Analisando a busca de usuários faltosos às consultas, gostaria de ressaltar que aqueles que faltaram (4 no mês 1; 3 no mês 2; 4 no mês três) foram devidamente buscados pelos seus respectivos agentes de saúde, como mostra a figura 10. No entanto, não foi realizada a busca ativa de novos usuários entre 0-72 meses, uma vez que, os agente de saúde estavam envolvidos em outra atividade de Re-Territorialização das áreas de Gramoré, momento que coincidiu com o período da intervenção. Acredito que, se houvesse maior divulgação do nosso projeto na busca ativa de mais crianças, nossos resultados poderiam ser ainda melhores.

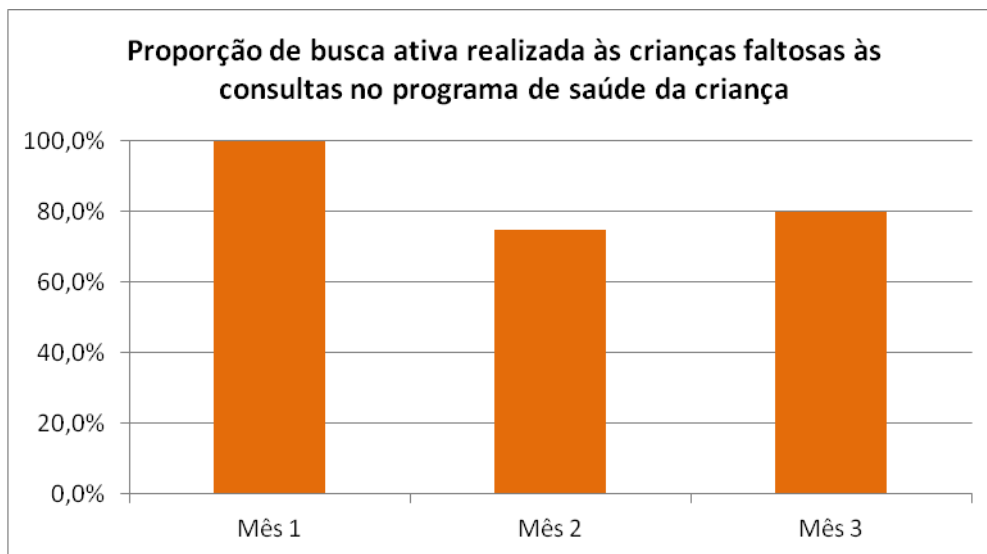


Figura 10. Gráfico 6 - Proporção de busca ativa de crianças faltosas na UBS do Gramoré. Natal/RN, 2014

Ao longo da intervenção, todas as informações foram registradas devidamente nas fichas-espelho, as quais foram essenciais para garantir o cuidado holístico da saúde da criança, contemplando critérios nutriocionais e, inclusive, o quesito de Prevenção de Acidentes, o qual é muito importante na prevenção de acidentes evitáveis, porém é ainda muito ignorado nas consultas pediátricas (figura 11 ao 14). Com isso realizamos registros diários na ficha espelho para qualificar esses dados. Fizemos 19 registros no primeiro mês (82%), 49 no segundo mês (94%) e 84 (96%) no terceiro mês. O motivo para não alcançar a meta dos 100% foram as crianças faltosas, o que impossibilitou atualizar suas fichas-espelho. Para alcançar esse resultado realizamos a capacitação com a equipe e adotamos o registro como rotina.



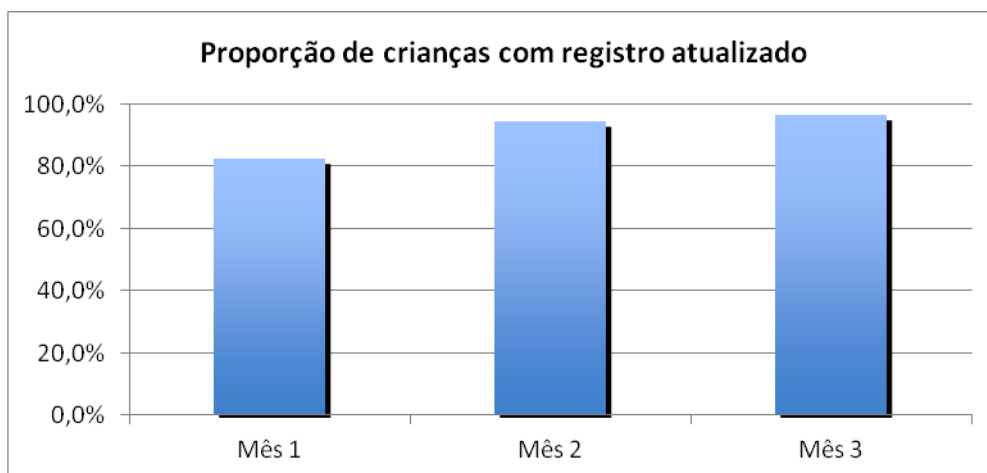


Figura 11. Gráfico 7 - Proporção de crianças com registro atualizado na UBS do Gramoré. Natal/RN, 2014

AS crianças foram avaliadas quanto ao seu risco e como mostra a figura 12, essa avaliação foi crescendo ao longo da intervenção, mas não alcançamos a meta planejada de 100% em virtude das crianças faltosas. No primeiro mês 82,6% (19) das crianças foram avaliadas quanto ao seu risco e depois 92,5 % (49) e 96,6% (84) sucessivamente. Observamos um crescimento constante a cada mês e para isso a equipe esteve cada mês mais engajada e familiarizada com o protocolo da intervenção, o que garantiu melhor eficácia no monitoramento de risco.

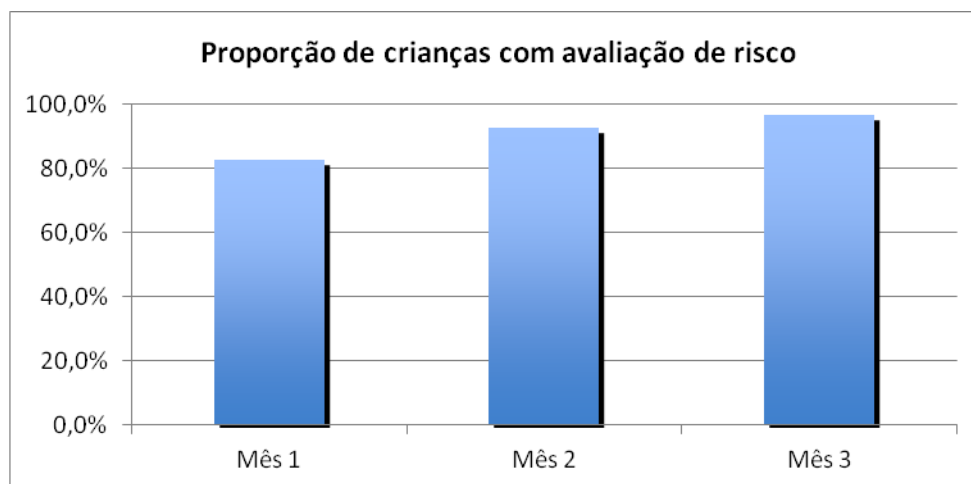


Figura 12. Gráfico 8 - Proporção de crianças com avaliação de risco atualizada na UBS do Gramoré. Natal/RN, 2014

Nas atividades educativas e durante as consultas, conseguimos fazer orientação dos pais sobre prevenção de acidente, orientação dietética e higiene bucal

como se mostra na figuras 13, 14 e 17. Apesar de não alcançarmos a meta dos 100% (em virtude das crianças faltosas), todos os pais que levaram seus filhos às consultas foram orientados quanto à adequada alimentação de acordo com a faixa etária.

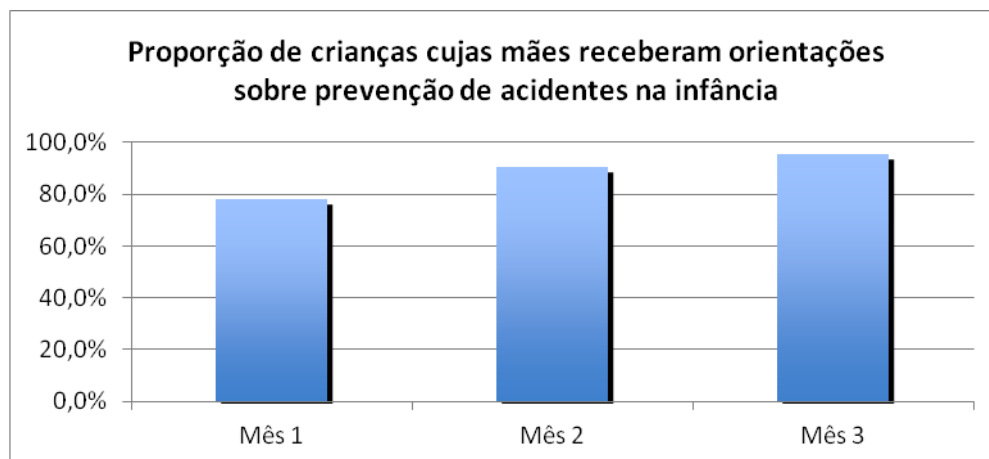


Figura 13. Gráfico 13 - Proporção de crianças que receberam orientação de prevenção de acidentes na UBS do Gramoré. Natal/RN, 2014

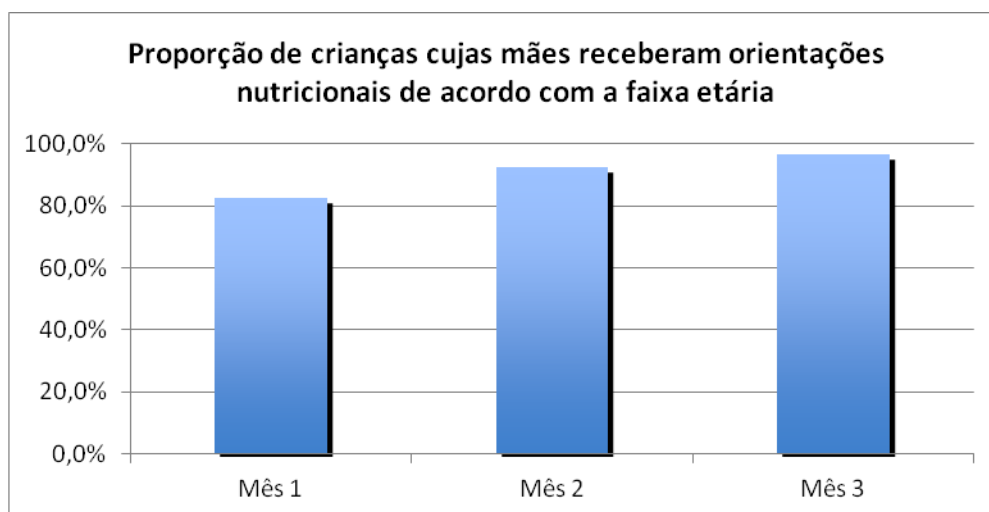


Figura 14. Gráfico 9 - Proporção de crianças que receberam orientação nutricional na UBS do Gramoré. Natal/RN, 2014

Com relação ao cuidado odontológico, muitas crianças ficaram sem assistência, em virtude da falta de insumos básicos para uma adequada consulta. Por isso, boa parte delas receberam apenas cuidados básicos e orientações sobre escovação e prevenção de cáries. A falta de materiais e equipamentos necessários

para essa etapa da Intervenção foram cruciais, bem como a ausência de resposta do gestor. Como mostra a figura 15, 73,7% (14 crianças) das crianças de 6 a 72 meses foram avaliadas quanto à necessidade de atendimento odontológico no primeiro mês, seguidas 85,4 % (41 crianças) no segundo e 89,6% (69 crianças) no terceiro. A queda de atendimentos no primeiro mês foi motivada pelas férias de 2 semanas da nossa dentista.

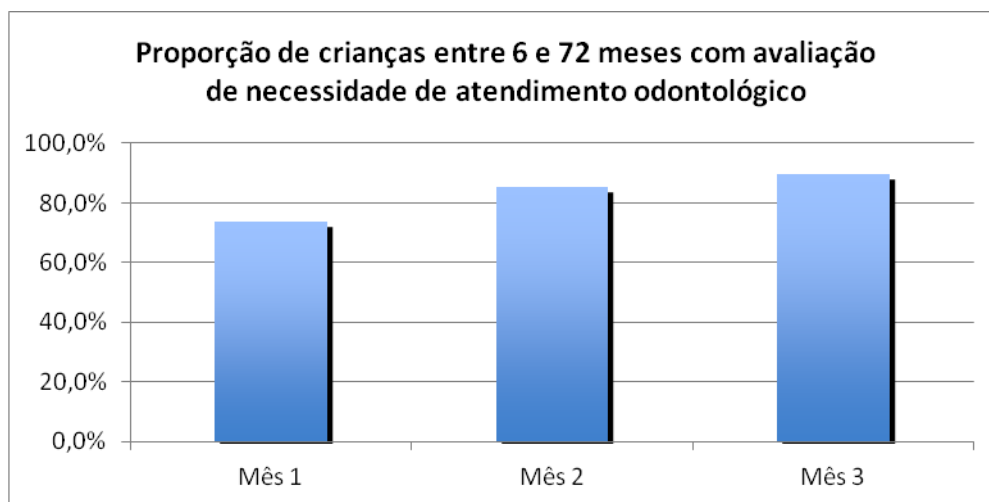


Figura 15. Gráfico 10 - Proporção de crianças 6-72 meses que receberam avaliação odontológica na UBS do Gramoré. Natal/RN, 2014

Um outro aspecto importante na saúde bucal infantil é estimular os pais a levarem os filhos para realizarem a primeira consulta. Diante disso, como mostra a figura 16, 73,7% (14 crianças) das crianças de 6 a 72 meses foram avaliadas na primeira consulta odontológica no primeiro mês, seguidas 85,4 % (41 crianças) no segundo e 89,6% (69 crianças). Para alcançar essa meta, a dentista capacitou a médica e a enfermeira para as orientações básicas de saúde bucal e também foi a responsável pelo monitoramento bucal das crianças. Por outro lado, não alcançamos a meta estabelecida de 90% devido a falta de materiais básicos para o seguimento dos atendimentos odontológicos, bem como porque a dentista tirou 2 semanas de férias ao longo da intervenção.

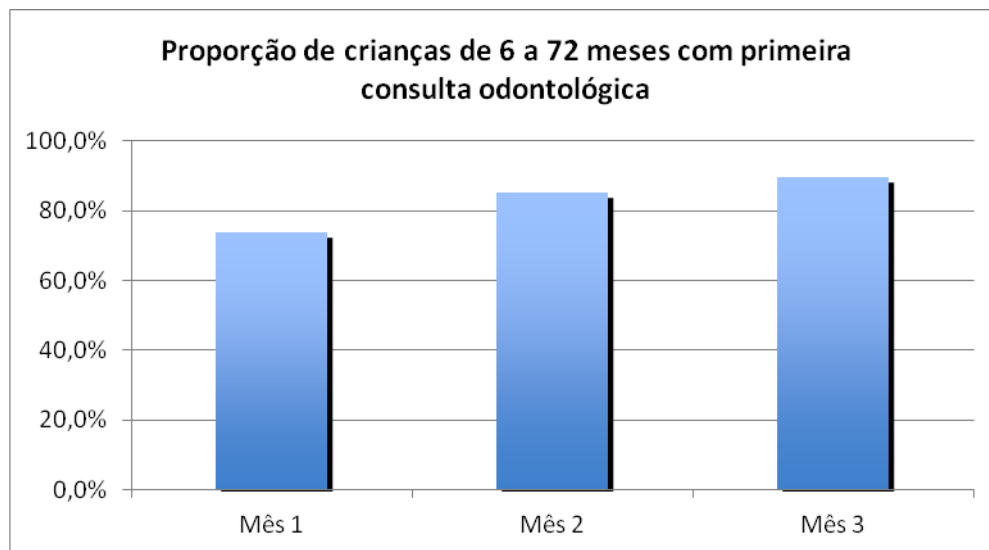


Figura 16. Gráfico 16 - Proporção de crianças 6-72 meses com primeira consulta odontológica na UBS do Gramoré. Natal/RN, 2014

Apesar de todos os obstáculos, podemos observar com os resultados apresentados que a intervenção atendeu muito bem as expectativas, frente principalmente a grande desorganização em que se encontrava nossa Unidade Básica de Saúde.

## 4.2 Discussão

Podemos dizer com muita satisfação que alcançamos 87 crianças de 0 a 72 meses que se encontravam com assistência prejudicada, pela falta de um protocolo padrão da saúde da criança e pela não execução da longitudinalidade e integralidade do cuidado. Organizamos os prontuários, que se encontravam desorganizados, praticamente sem registro, sem um mínimo da história do usuário. Anexamos as fichas-espelho a cada prontuário cadastrado, deixando uma sequência lógica para a próxima consulta agendada.

Essa foi a grande importância da nossa Intervenção, uma vez que, ao longo das doze semanas conseguimos incorporar o protocolo de condutas no acolhimento e no atendimento às rotinas do serviço da UBS Gramoré, de modo que, há grande possibilidade da continuidade do projeto no serviço. Os profissionais da área 39 já estão bem familiarizados com o registro dos dados e com o monitoramento do risco de

cada criança. O único quesito que irá depender dos futuros profissionais é a impressão das fichas espelhos para sempre ter disponível no serviço, já que as lideranças locais não se responsabilizam por tal conduta. Quanto às outras equipes de saúde presentes na UBS Gramoré, infelizmente não posso ter a mesma conclusão, já que não estiverem tão envolvidas na ação programática e, por isso, não reconhecem a devida importância do projeto.

No passado bem próximo, com exceção do ano passado que começou a ter médico na minha área, há 9 anos não havia profissional médico, peça fundamental para seguimento e complemento de uma equipe mínima necessária a uma atenção básica. Esse fato desencadeou uma série de práticas inadequadas, por assim dizer, fazendo com que toda a equipe tivesse rotinas que não eram as preconizadas pelo MS. Porém, após as atividades do médico anterior, bem como ao longo das reuniões semanais nesta Intervenção, após vários debates, pequenos seminários informativos e planejamento, toda a equipe foi amadurecendo e unindo-se no propósito do projeto. A equipe logo entrou em sintonia, deixando os vícios de lado, dando lugar ao empenho de todos. Tive particularmente muita sorte de encontrar uma equipe de grande potencial e vontade para mudar a realidade local, bastava um incentivo, um gatilho inicial. A equipe da área 39 experimentou uma ação conjunta, sendo de grande importância para o próximo médico que chegará. Há, porém, uma necessidade urgente de se atender o princípio da longitudinalidade, ou seja, de que a equipe se mantenha fixa ao longo do tempo, não ocorrendo mudanças e, conseqüente quebra de vínculo.

Os próximos passos serão tornar mais acessível o protocolo de ação programática para as demais equipes a fim de melhorar ainda mais a atenção à saúde da criança. É justamente esse ponto que eu faria diferente na minha intervenção, caso eu fosse começar hoje. A principal mudança que eu faria seria convidar alguns profissionais protagonistas para mudanças no serviço (como médicos e enfermeiros das outras áreas) para as reuniões realizadas nas primeiras semanas. Com isso, já estaríamos divulgando o nosso projeto e compartilhando saberes e responsabilidades. Porém, nada nos impede de realizar tal feito.

A maior beneficiada com esta intervenção foi a comunidade, a qual, antes sem um programa voltado para as crianças, passou a frequentar a unidade com

assiduidade. As ações educativas durante os trabalhos de grupo focaram sempre nas ideias de prevenção, reforçando repetidamente a necessidade de um vínculo permanente entre usuário e unidade. Para isso, melhoramos significativamente o acolhimento, organizando a agenda, atendendo a um dos princípios primordiais da atenção básica, o primeiro contato. Além disso, os trabalhos de grupo reforçou a ideia de engajamento público, favorecendo uma maior interação comunidade e unidade de saúde.

Apesar de todo o exposto, ainda possuímos inúmeros problemas, muitos usuários ainda tem dificuldades para agendamento, mas sem dúvida ocorreu melhora significativa. Precisamos urgentemente melhorar a atenção na saúde bucal, para a qual faltam equipamentos, materiais e resposta da gestão. Na verdade, estamos deficientes em equipamentos e medicamentos básicos, e realmente pecamos com uma baixa insistência para com o gestor, sendo o quesito que considero como de maior urgência para o seguimento. Necessitamos de uma informatização dos dados, fundamental para planejamento de ações futuras, até porque sem dados não há planejamento, não tem como estabelecer metas. Precisamos aumentar ações de grupo com a comunidade, pois percebi que essa é a melhor forma de controle, monitoramento e contato dos usuários com a unidade.

#### **4.3. Relatório da intervenção para a comunidade**

É com muita satisfação que venho descrever em resumo, todo o nosso trabalho realizado no ano de 2014 , fundamentado principalmente na melhoria da qualidade da saúde oferecida a toda a comunidade do bairro de Gramoré. Primeiramente, quero enfatizar que realizamos um conjunto de ações em um prazo de 12 semanas, com atenção voltada para as crianças de 0 a 72 meses de vida.

Durante o período desta intervenção, realizamos diversas ações, com o foco de bem estar de toda a comunidade. Começaremos falando da organização dos prontuários, que se encontravam abandonados, sem nenhum tipo de registro. Anexamos novas fichas, organizando melhor os dados, registrando as informações adequadamente, agendando o dia de retorno para próxima consulta. Melhoramos o primeiro contato, através do agendamento e acolhimento, diminuindo as filas, apesar de

saber que ainda é necessário maior aperfeiçoamento, já que alguns ainda reclamam da dificuldade para se marcar consulta, apesar de a maioria afirmar que ocorreu boa melhora.

Realizamos anamnese com história pregressa e queixa principal de cada criança, exame clínico completo (inclusive com medidas de peso, estatura e perímetro cefálico), exames complementares (quando havia indicação), orientamos sobre a importância do aleitamento materno exclusivo, da alimentação complementar a partir do 2 semestre de vida, da prevenção de anemias e hipovitaminoses, da importância de atualizar cartão vacinal e cuidados de prevenção de acidentes de acordo com cada faixa etária. O principal desafio, entre todas as ações, residiu em estabelecer uma relação de confiança entre médico-usuário, pois boa parte da comunidade sempre exigiu encaminhamento para especialista, sendo a grande maioria dos problemas podendo ser resolvido na própria Unidade de Saúde. Realizamos atividades de grupo, com realização de palestras, rodas de conversa e momentos para trocas de experiência e para tirar dúvidas. Nessas atividades, sempre insistimos pela necessidade da importância da prevenção, uma vez que, o simples fato de aderir ao aleitamento materno e vacinação já garantem uma boa cobertura de prevenção das principais morbidades infantis.

Para que fique bem claro a essência de nosso trabalho e o que queremos de todos da comunidade, relatarei todas as recomendações que repetidamente falei durante as consultas. Primeiramente, solicito que não falem às consultas, para garantirmos o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento e intervirmos precocemente se alguma alteração; as mães de crianças abaixo de 6 meses, orientamos alimentá-las apenas com leite materno, sem suco, águas ou chás; para as mães de crianças a partir de 6 meses, é permitido continuar o leite materno complementando com frutas, papas salgadas e ovos, de acordo como foi orientado nas consultas; atentem para as datas corretas das próximas vacinas, garantindo a imunidade dos seus filhos para a maior parte das doenças; sobre a prevenção de acidentes com seus filhos, perguntem a médica ou enfermeira nas consultas quais medidas a serem tomadas de acordo com a idade das suas crianças e essas orientações podem ser reforçadas a quem tiver acesso ao Cartão Vacinal distribuído

pelo MS nas UBSs; não esqueçam de fornecer o sulfato ferroso semanal para as crianças acima de 6 meses até 2 anos e a vitamina A a cada semestre até 5 anos de vida.

Lembrem que o sucesso está nas mãos de todos vocês, basta um pouco de esforço para que possamos alcançar o sucesso no tratamento da hipertensão e ou diabetes. Agora, a unidade está cada vez mais próxima, esperando sempre por toda a comunidade e, quando ocorrer qualquer dificuldade, estamos prontos para ajudar.

#### **4.4 Relatório para gestores**

Ao longo do ano, realizamos na Unidade Básica de Saúde do Gramoré nossa intervenção, que foi direcionada para saúde da criança. Esta intervenção fez parte da especialização em Saúde da Família, parte integrante do PROVAB e foi realizada após uma avaliação minuciosa e detalhada da realidade em que se encontrava a unidade.

A ação programática escolhida para UBS Gramoré – Área 39 tem o enfoque na Saúde da Criança. Como já relatado no manual AIDPI 2012, a sobrevivência infantil é uma das principais questões pendentes que nos legou o século XX, assim, garantir um crescimento e desenvolvimento saudáveis a todos na infância é um objetivo que, já iniciado o século XXI, lhe deve estar indissolivelmente associado. No contexto da atenção primária em saúde, embora muitos avanços venham ocorrendo no tocante à redução da mortalidade infantil e ampliação da cobertura dos serviços de saúde, dois importantes desafios têm sido destacados: como melhorar a qualidade das intervenções de saúde e como alcançar as crianças mais desfavorecidas e garantir a longitudinalidade do cuidado. Nesse sentido, um adequado cuidado na promoção em saúde, especialmente com relação ao Crescimento e Desenvolvimento da criança nos dois primeiros anos de vida, é imprescindível para evitar agravos, como anemia, pneumonia, diarreia e desnutrição, as quais são as enfermidades que têm um expressivo peso no quadro de morbimortalidade na infância, segundo o manual do AIDPI 2012.

No desenrolar dessas doze semanas, realizamos ações de prevenção, promoção e cura de nossas crianças de zero a 72 meses, contemplando um dos princípios do SUS – a integralidade. A criança cadastrada no projeto recebia um



atendimento holístico sobre crescimento, desenvolvimento, alimentação, vacinação, prevenção de acidentes, queixas atuais e saúde bucal. Toda a consulta foi devidamente registrada nas fichas-espelho para documentar os dados e garantir o seguimento fácil e direcionado para as próximas consultas.

Atualizamos dados de exames clínicos, orientações de prevenção de anemia e hipovitaminoses, alertamos sobre vacinas não atualizadas e garantimos a marcação do retorno agendado. Além disso, todos os prontuários foram organizados com as fichas-espelho. As diretrizes da atenção à saúde da criança contemplam o protocolo do Ministério da Saúde, o qual preconiza consultas periódicas a cada dois meses para crianças até 2 anos e, dependendo da necessidade do usuário, para as demais crianças.

A grande maioria dos usuários cadastrados estava com registro adequado na ficha de cadastro e, também usavam medicamentos da farmácia popular (como sulfato ferroso, complexo B e vitamina C). Mesmo assim, esses quesitos foram reforçados. Realizamos reuniões semanais, no intuito de manter todos em um mesmo foco, corrigindo as possíveis pendências, além de realizarmos algumas ações educativas e de atualização para todos da equipe.

Sem dúvida, percebemos que a população recebeu as ações muito positivamente. Há, portanto, necessidade de aumentarmos a periodicidade das atividades, favorecendo a participação popular, aumentando a interação usuário com a unidade de saúde. Vale ressaltar a importância da continuidade do projeto, pois ainda há muito que se fazer para que a unidade fique próxima de um ideal mínimo necessário. Começaria pela necessidade urgente de uma informatização de dados, pois sabemos que sem eles não há como estabelecer metas e planejar ações futuras. A falta de medicamentos, materiais básicos e equipamentos, sem dúvida foi o maior problema encontrado, prejudicando muito nossas ações principalmente na saúde bucal.

Apesar dessas dificuldades abordadas, posso dizer que a Unidade do Gramoré está pronta para uma continuidade de sucesso, e a população local sempre à disposição para ajudar e colaborar com toda a equipe.

## 5. REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE A INTERVENÇÃO

Confesso que quando iniciei o curso de especialização e o PROVAB, em março de 2014, não possuía expectativas positivas quanto ao crescimento e aprendizado individual. Estava mais focada na bonificação para a residência médica que o curso dá direito. Contudo, ao longo do ano, fui percebendo que poderia e deveria modificar realmente a triste realidade e abandono que se encontrava nossa carente comunidade no Gramoré.

Não posso negar que as atividades semanais ininterruptas ao longo do ano, muitas vezes, se tornavam enfadonhas e cansativas, até porque, em vários momentos ficava dividido entre as tarefas semanais e o estudo para as provas de residência médica. À medida que as atividades eram solicitadas, percebia a importância e a necessidade de enfrentar as dificuldades encontradas e adquiria incentivo para continuar, passando de uma mera obrigação para uma satisfação em saber que, ao fim, iria dar minha contribuição para melhorar a realidade local.

Em todos os pontos da especialização desde as tarefas semanais, leitura de textos, estudos de prática clínica, testes de qualificação e os casos clínicos interativos, todos eles contribuíram para meu conhecimento técnico, porém os casos interativos foram aqueles os quais considerei de maior rendimento e importância, pois além de abordar o caso, havia um resumo atualizado de todo o assunto abordado, facilitando a fixação do conhecimento de forma objetiva.

Quero registrar que em conversas com colegas de profissão, ao descrever sobre a intervenção e o curso, os mesmos mostravam-se admirados com a organização e a complexidade necessária para uma atenção primária de qualidade. Vejo hoje que o médico recém-formado no país, não possui um mínimo básico de conhecimento na atenção primária, comparando o conhecimento transmitido na universidade com o que tive ao longo do curso esse ano.

Falando em conhecimento, além da evolução técnica como médica, minha grande evolução ocorreu na relação médico-usuário, me tornei muito mais perceptivo, vendo o usuário de uma forma mais integral, inserido em um contexto social de

carências e problemas socioeconômicos. Ou seja, vendo os usuários como uma unidade biopsicossocial, este sim foi o maior conhecimento que adquiri em 2014.

Ao final do curso vejo que aprendi muito, percebendo que a atenção básica requer muito conhecimento, pois quanto mais aprendia, mais dúvidas surgiam, aumentando a necessidade de possuir mais conhecimentos. Dessa forma, posso dizer que esse ano foi muito proveitoso e positivo individualmente, além disso, fico mais feliz ainda em saber que contribuí para melhorar a vida de nossa comunidade, dando um pouco de esperança e acolhimento para nossa tão sofrida população adstrita.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Cadernos de Atenção Básica, nº 33, **Saúde da Criança**. Ministério da Saúde, Brasília – DF, 2012.

BRASIL. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Ministério da Saúde, Brasília – DF, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Organização Pan-Americana da Saúde. Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI. Washington, DC: OPAS, 2005.

IBGE. Censo Demográfico 2010. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br>>.

## ANEXOS

### ANEXO A – FICHA ESPELHO (FRENTE)



PROGRAMA DE SAÚDE DA CRIANÇA  
FICHA ESPELHO

Data do ingresso no programa \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Número do Prontuário: \_\_\_\_\_ Cartão SUS \_\_\_\_\_  
 Nome completo: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_ Nome da mãe: \_\_\_\_\_  
 Nome do pai: \_\_\_\_\_ Telefones de contato: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Peso ao nascer: \_\_\_\_\_ g Comprimento ao nascer \_\_\_\_\_ cm Perímetro cefálico \_\_\_\_\_ cm Apgar: 1º min: \_\_\_\_\_ 5º min: \_\_\_\_\_ Idade gestacional: \_\_\_\_\_ semanas \_\_\_\_\_ dias  
 Tipo de parto \_\_\_\_\_ Tipagem sanguínea \_\_\_\_\_

Manobra de Ortalani ( ) negativo ( ) positivo Teste do reflexo vermelho ( ) normal ( ) alterado Teste do pezinho ( ) não ( ) sim Realizado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Fenilcetonúria ( ) normal ( ) alterado / Hipotireoidismo ( ) normal ( ) alterado / Anemia falciforme ( ) normal ( ) alterado / Observações: \_\_\_\_\_  
 Triagem auditiva ( ) não ( ) sim Realizado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Testes realizados: ( ) PEATE ( ) EOA resultados: OD ( ) normal ( ) alterado OE ( ) normal ( ) alterado

CALENDÁRIO VACINAL										
Hepatite B	BCG	Pentavalente	VPI	Rotavírus	Pneumoc. 10	Mening. C	Tríplice viral	Tripl. bacteriana (Reforços Penta)	Febre amarela	Outra:
Data: ____/____/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: ____/____/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: ____/____/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: ____/____/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: ____/____/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: ____/____/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: ____/____/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: ____/____/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: ____/____/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: ____/____/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: ____/____/____ Lote: _____ Ass: _____
		Data: ____/____/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: ____/____/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: ____/____/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: ____/____/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: ____/____/____ Lote: _____ Ass: _____	<b>Tetra viral</b> Data: ____/____/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: ____/____/____ Lote: _____ Ass: _____		<b>Outra:</b> Data: ____/____/____ Lote: _____ Ass: _____
		Data: ____/____/____ Lote: _____ Ass: _____	<b>VPO</b> Data: ____/____/____ Lote: _____ Ass: _____		Data: ____/____/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: ____/____/____ Lote: _____ Ass: _____				<b>Outra:</b> Data: ____/____/____ Lote: _____ Ass: _____
			Data: ____/____/____ Lote: _____ Ass: _____		Data: ____/____/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: ____/____/____ Lote: _____ Ass: _____				

## ANEXO B – FICHA ESPELHO (VERSO)

## ANEXO C – PLANILHA DE COLETA DE DADOS

planilha final 24 01 15.xls (Modo de Compatibilidade) - Microsoft Excel (Falha na Ativação do Produto)

Arquivo Página Inicial Inserir Layout da Página Fórmulas Dados Revisão Exibição

Calibri 11 A A

Colar

Área de Tran...

Fonte

Alinhamento

Número

Formato

Formatar

Estilos de Célula

Inserir Excluir Formatar

Preencher

Limpar

Classificar e Filtrar

Localizar e Selecionar

Edição

K24 0


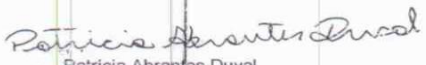
Indicadores de Saúde da Criança - Mês 3											
Dados para coleta	Número da criança	Nome da Criança	A criança com excesso de peso está com monitoramento em dia?	A criança está com o monitoramento de desenvolvimento em dia?	A criança está com o esquema vacinal em dia?	A criança que tem entre 6 e 24 meses está recebendo suplementação de ferro?	Foi realizada triagem auditiva na criança?	A criança fez o teste do pezinho nos primeiros 7 dias de vida?	A criança entre 6 e 72 meses recebeu avaliação da necessidade de atendimento odontológico?	A criança entre 6 e 72 meses realizou a primeira consulta odontológica programática?	A criança consumiu...
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de crianças cadastradas	Nome	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
87											
88											
89											
90											
91											
92											
93											
94											
95											
96											
97											
98											
99											
100											
101											
102											
103											
104											
105											
106											

Pronto

Apresentação / Orientações / Dados da UBS / Mês 1 / Mês 2 / Mês 3 / Indicadores / Plan1

PT 22:17 24/01/2015

**ANEXO D – DOCUMENTO DO COMITÊ DE ÉTICA**

 <b>UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS</b> <b>FACULDADE DE MEDICINA</b> <b>COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA</b>	
OF. 15/12	Pelotas, 08 de março 2012.
Ilma Sr <sup>a</sup> Prof <sup>a</sup> Ana Cláudia Gastal Fassa	
<b>Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde</b>	
Prezada Pesquisadora;	
Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e <b>APROVADO</b> por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.	
 Patricia Abrantes Duval Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL	
